



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES  
ESTUDIOS DE SALUD Y SOCIEDAD



***LA SALUD BUCAL Y SUS  
REPRESENTACIONES SOCIALES***

VALENCIA, MAYO, 2009.



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES  
ESTUDIOS DE SALUD Y SOCIEDAD



***LA SALUD BUCAL Y SUS  
REPRESENTACIONES SOCIALES***

**Autora:**  
***YBELISSE ROMERO M.***

**Tutora:**  
***MARÍA CRISTINA GONZÁLEZ.***

VALENCIA, MAYO, 2009.



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES  
MENCIÓN: ESTUDIOS DE SALUD Y SOCIEDAD



***LA SALUD BUCAL Y SUS  
REPRESENTACIONES SOCIALES***

Trabajo presentado ante la Dirección de Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo para optar al título de Doctora en Ciencias Sociales, Mención, Salud y Sociedad.

**Autora:**

***YBELISSE ROMERO M.***

**Tutora:**

***Dra. MARÍA CRISTINA GONZÁLEZ.***

VALENCIA, MAYO, 2009



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
 UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
 DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES  
 MENCIÓN: ESTUDIOS DE SALUD Y SOCIEDAD



## VEREDICTO

Yo, miembro del Jurado designado para la evaluación del trabajo Doctoral titulado: **“LA SALUD BUCAL Y SUS REPRESENTACIONES SOCIALES”**, presentado por la ciudadana **YBELISSE ROMERO** cédula de identidad N° **8.837.170**, para optar al título **Doctora en Ciencias Sociales, Mención Salud y Sociedad**, estimo que el mismo reúne los requisitos para ser considerado como

---

<i>Nombre</i>	<i>Apellido</i>	<i>C.I.</i>	<i>Firma</i>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

*“Conocer como la gente se representa a si mismo  
es una condición sine qua non, para que la  
sociedad promueva la salud y todo lo relacionado  
con ella (estilos de vida, hábitos, cultura)”.*

*Moscovici, 1994*

*Dedicatoria.*

*A mi madre, Ana Teresa, su eterno apoyo  
me ayudado a consolidar este gran sueño.*

***Agradecimientos:***

*Ante todo a Dios, por darme la constancia, la paciencia, la sabiduría y la salud, para poder realizar este proyecto.*

*A mis familiares, amigos y amigas, quienes de una u otra forma intervinieron en la elaboración de este gran logro.*

*A María Elena Bello, por su incondicional ayuda y por su eterna solidaridad.*

*A los profesores del Doctorado y a los compañeros del mismo, por los gratos y fructíferos momentos vividos.*

*Al Director, coordinadoras y odontólogos/as de la Misión Barrio Adentro del Estado Carabobo, quienes me permitieron ingresar en su mundo de vida.*

*A mi tutora y amiga María Cristina Gonzáles, por las horas de constante dedicación y continua orientación.*

*Gracias a todos...*



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES  
ESTUDIOS DE SALUD Y SOCIEDAD



## ***LA SALUD BUCAL Y SUS REPRESENTACIONES SOCIALES***

### ***RESUMEN***

Esta investigación sostenida en el paradigma cualitativo, tuvo como propósito rastrear las representaciones sociales de la salud bucal, que construyen profesionales de la misión Barrio Adentro del Estado Carabobo. A través de la Teoría de las Representaciones Sociales, se puede construir el sentido común de la salud bucal, sedimentado en las actividades cotidianas y compartidas. La filosofía del pensamiento interpretativo y el soporte material de la discursividad dialógica, fueron los principios teóricos-metodológicos que sellaron el recorrido cualitativo. Una semiótica social, tejido de enlace destinado a descubrir lo simbólico construido, espacio privilegiado donde se condensa los modos de producción de la vida cotidiana. La dialógica giró en torno a tres unidades temáticas: ser-profesional / ser-persona, la comunidad representada y la salud bucal de boca en boca. Los sellos ideológicos del modelo positivista-funcionalista se vislumbran en la formación académica y en la praxis de la salud bucal, sedimentando el modelo biomédico y la racionalidad instrumental. Las representaciones más significativas en la superficie textual, dan cuenta de: la formación solo da respuesta a la curación; la promoción y la participación, solo son vistas desde la mirada reduccionista-disyuntiva; la comunidad representada, es vista desde la relación saber- poder-dominación; la academia y la praxis promueven el modelo tecnocientífico, individualista, asistencialista y morbicentrista. El desafío es trastocar el régimen de representaciones instalado y reproducido, a través de una profunda reforma universitaria y del sistema salud, privilegiando el desarrollo del ser, hacer, conocer y convivir. Aspectos totalmente olvidados en la formación del personal de salud bucal.

**Palabras Clave:** salud bucal, representaciones sociales, modelo biomédico, odontólogos/as, hermenéutica-dialéctica.



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
 UNIVERSIDAD DE CARABOBO  
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
 DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES  
 ESTUDIOS DE SALUD Y SOCIEDAD



***THE ORAL HEALTH AND HIS SOCIALS REPRESENTATIONS.***

**SUMMARY**

The purpose of this qualitative research was crawling the oral health social representations that professional of Misión Barrio Adentro of Carabobo State built. Through the social representation theory, can be building the common sense of the oral health sediment in daily and share activities. The philosophy of interpretative thought and the material support of dialogic discursivity, were the theoretical-methodological that sealed the qualitative route. A social semiotic, discursivity liaison to discover the underlying symbolic, privilege space where is condensed production mode of everyday life. The dialogic, turn a round through three thematic unities: person-been / professional-been, community represented, and oral health from mouth to mouth. The ideological stamp large of positivist-functionalist model emerges, in oral health academic formation and professional praxis, sealing biomedical model and instrumental rationality. The more representative representation show: the academic only response from the healing; the promoting and participation only are view disjunctive-reductionist vision; the community representation is view from power-knowing-domination relation; the academic and the praxis promoted techno-scientific, individualistic, welfare and illness model. The challenge is to disrupt the installed and reproduced representation system, through an academic and health system reform, privileging the development of the being, do, knowing and living together. Totally forgotten aspects in the of oral health workers training

**Key Works:** oral health, social representations, biomedical model, dentist, dialectical-hermeneutic

## CONTENIDO

<b><i>Preliminares</i></b>	<b><i>pp.</i></b>
<i>Dedicatoria</i> .....	vi
<i>Agradecimiento</i> .....	vii
<i>Resumen</i> .....	viii
<i>Summary</i> .....	ix
<i>Contenido</i> .....	x
<i>Introducción</i>	
<i>Abre Boca</i> .....	14
<b><i>Capítulo I.</i></b>	
<i>En Contexto</i> .....	21
1.1 Desde mis vivencias.....	21
1.2 La Salud Bucal una aproximación arqueológica.....	26
1.2.1 El ser y el deber ser de la Salud Bucal.....	40
1.2.2 La Salud Bucal en Venezuela. Período colonial, postcolonial y contemporáneo.....	49
1.3 Dimensionalidad de la mirada .....	61
1.3.1 Mirando a la Salud Bucal desde las	

Representaciones Sociales.....	62
--------------------------------	----

## **Capítulo II.**

### *Representaciones Sociales*

<i>Una aproximación al conocimiento del sentido común.....</i>	65
2.1 Como conocemos lo que conocemos.....	64
2.2 Representaciones Sociales	
Epistemología del sentido común.....	70
2.3 Representaciones Sociales, Discurso e Ideología.....	101
2.4 Representaciones Sociales y la Teoría Crítica.....	114

## **Capítulo III.**

<i>La Metódica.....</i>	121
3.1 Desde donde se habla.....	121
3.1.1 El Abordaje Cualitativo.....	123
3.1.2 Lo Hermenéutico.....	133
3.2 Itinerario Metodológico.....	141
3.2.1 El Territorio Social.....	142
3.2.2 Unidades de Análisis.....	143
3.2.3 Recolección de la Información.....	144

3.2.4 Sistematización, Categorización y Análisis de la Información recolectada.....	148
--	-----

#### **Capítulo IV.**

<i>La salud bucal de boca en boca</i> .....	156
4.1 Deconstruyendo el rompecabezas.....	156
4.1.1 Primera Temática.	
Ser-persona, Ser-profesional. Representaciones Sociales.....	159
4.1.2 Segunda Temática.	
La comunidad representada.....	249
4.1.3 Tercera Temática.	
La salud bucal de boca en boca. Representaciones Sociales.....	268

#### **Capítulo V.**

##### *Demarcando Fronteras*

<i>A manera de Conclusión</i> .....	305.
5.1 Las conclusiones necesarias.....	305
5.2 Si de recomendar se trata.....	310
5.3 Desde mis vivencias. ....	314

<b><i>Referentes Bibliográficos</i></b> .....	317
<b><i>Anexos</i></b> .....	344
Anexo N° 1.	
Consentimiento informado dirigido a profesionales .....	345
Anexo N° 2	
Entrevista focalizada dirigida a profesionales.....	346

## ***INTRODUCCIÓN***

### ***ABRE BOCA***

En cada época existen discursos hegemónicos que perduran y se mantienen a lo largo del tiempo. Son estos discursos, los que sedimentan en el imaginario colectivo toda una gama de representaciones cognitivas. La palabra, es el espacio donde se reproduce la cristalización de intereses y las mediaciones simbólicas, convirtiéndose el lenguaje, en el lazo entre la representación y la reflexión. De allí que, lo que interesa es indagar sus condiciones de existencia y el campo práctico, donde se despliegan.

En este sentido, la salud ha sido una de las más puntuales estrategias para la sedimentación de la racionalidad instrumental.

Racionalidad, que puede ser rastreada a través de los códigos, los símbolos, los registros, los valores, los cuales operan como lógicos y naturales, legitimándose de esta forma un discurso y unas prácticas en salud aparentemente neutras.

En el pensamiento positivista-funcionalista, el valor fundamental a la salud parece estar dado por patrones centrados exclusivamente en el logro de la eficacia y eficiencia, así como, en el uso indiscriminado de tecnología. Racionalidad que está sedimentada en la formación académica, en el sistema de atención y en los servicios

de salud; los cuales planifican y ejecutan planes y políticas en concordancia con el paradigma biomédico que los sustentan.

La racionalidad científica sin lugar a dudas, gobierna los procesos cognitivos y toda la producción de sentido del discurso médico (González, 2001).

En el sector salud, como en el resto de los campos del conocimiento, la objetividad, racionalidad, coherencia, verificabilidad, sistematicidad y neutralidad son criterios que caracterizan este saber.

Discurso que deviene en la disertación mercantilista, y que olvida deliberadamente que lo biológico esta permeado por una compleja red de factores socio-históricos.

El impacto de este modelo hegemónico, se concreta en los espacios académicos. La separación mente-cuerpo ha sido una poderosa representación que ha llevado a la disyunción hombre-cuerpo, hombre-ambiente y hombre-sociedad. Razones que evidencian claramente como la formación académica odontológica, es clara expresión de la influencia del paradigma cartesiano. La academia privilegia la ratio-técnica, y la formación se central en el arte mecánico que implica su praxis.

Ambos sistemas enfrentan grandes problemáticas, ya sea el sistema de formación universitaria, por el hecho que aún no ha podido dar respuestas pertinentes

y contextualizadas sobre la problemática de salud bucal, que se vive en el país. Así como, el sistema de atención, el cual no ha podido impactar en los indicadores epidemiológicos de salud bucal y en la calidad de vida de las poblaciones.

Generalmente las respuestas que parten tanto del Estado como de la academia son curativistas, morbicentristas, fragmentadas, disyuntivas, individualistas, las cuales responden sólo al modelo biomédico, que persiste en la formación y subsiste en el sistema de atención. Ambos espacios responden al modelo que los constituye.

La acción social desplegada por los profesionales, se ha realizado solo en contacto con los modelos teóricos y prácticos de la racionalidad instrumental. Apoyándome en Weber (1994), quien considera que la acción social no puede ser comprendida sin las motivaciones, intersubjetividades, significancias y singularidades que la determinan; intento en esta tesis doctoral, interpretar la salud bucal desde la semiosis social con el propósito de rastrear los espacios donde se objetivan los códigos y las relaciones de poder y donde se legitima, valida y homogeniza un determinado orden simbólico, unos saberes y unas prácticas en salud, las cuales se hace necesario develar.

El objetivo, es aproximarse a lo socio simbólico y a lo socio estructural, mirada que intenta una lúdica intersubjetiva donde pueden aflorar los mecanismos simbólicos subyacentes en el discurso. La recuperación del lenguaje, es el punto clave de esta

investigación. Se trata de producir un pensamiento crítico desde la hermenéutica y la semiosis social, a fin de recuperar la complejidad del discurso, creando espacios de indagación de las prácticas cotidianas en sus distintos niveles de complejidad.

Las representaciones sociales ocupan un espacio fundamental en esta pesquisa cualitativa, delineando formas de pensar y actuar. Rastrear las representaciones conlleva a su lugar de origen, su devenir en el tiempo, sus sistematizadores y a la deriva conceptual en que ella nos coloca. La fuerza heurística de las representaciones sociales de la salud bucal, permitieron construir una discusión epistemológica y valórica acerca de la academia, la profesión y la praxis.

La tesis doctoral se estructuró en cinco (5) capítulos. Es un extenso recorrido, el cual permite visualizar las distancias o cercanías entre el discurso y la acción. Recorrido que va desde mis vivencias, hasta mis vivencias.

En el primer capítulo, hago referencia a mis vivencias, donde expongo las diversas motivaciones que dieron origen a este trabajo doctoral. Refiriendo también sobre la arqueología de la salud bucal y los sellos que la han marcado a través de la historia. Preciso aspectos epistémicos del *ser* y *deber ser* de la salud bucal, hasta la modernidad, con el propósito de facilitar un análisis más comprensivo de los nudos epistémicos que la caracterizan. Finalmente, describo las razones que motivaron esta mirada.

En el segundo capítulo, me introduzco en una reflexión sobre la producción del conocimiento en distintas épocas. Igualmente, hago un preámbulo sobre el mundo intersubjetivo y el sentido común, con el objeto adentrarme a la teoría de las representaciones sociales.

Respondiendo a esta textualidad teórica, la cual se disemina y concreta a lo largo del desarrollo de la tesis, como elementos teóricos que dan sentido y coherencia a la discusión plasmada; fue necesario detenerse en la relación entre la teoría de representaciones sociales, con conceptos claves como discurso, ideología y teoría crítica. El objetivo de esta revisión, tuvo como norte evidenciar los elementos claves que intervienen en la interpretación del discurso en salud bucal.

Continuando en el capítulo tercero, se hace referencia a la metodología desarrollada en la investigación. Se centra el interés en el análisis cualitativo y el método hermenéutico dialéctico. Hermenéusis que estuvo sustentada en la teoría crítica, como camino-método para interpretar la realidad social. Se construye el itinerario metodológico, explicando cada paso detalladamente y sustentando éstos, con los diferentes soportes teóricos-metodológicos en consonancia.

Recolectar la información, a través de la utilización de la lógica del descubrimiento, fue uno de los momentos más ricos y creativos de la tesis. Los encuentros siempre estuvieron marcados por la originalidad y la familiaridad. Un

diálogo, construido a través de las entrevistas en profundidad, como herramienta metodológica de gran utilidad.

Para poder sistematizar la información, se hizo uso de la *teoría fundamentada* o *grounded theory*, de Strauss y Corbin (2002).

El análisis de los discursos, se desarrolla en el capítulo quinto, aparte donde se visibilizan las representaciones sociales de los/las profesionales, siguiendo un proceso de deconstrucción, separando inicialmente las partes imbricadas en el complejo entramado de la salud bucal, para luego lograr una nueva unidad interpretativa (*giro hermenéutico*). Este capítulo, implicó una aproximación a lo subjetivo construido en torno a la salud bucal desde la mirada y el sentimiento de los/las profesionales.

La materia textual que surgió de esta semiosis condujo a la construcción de tres unidades temáticas, las cuales fueron extraídas de los discursos de los hablantes:

La primera unidad temática, esta referida al: ser-persona / ser-profesional. La segunda unidad temática se construyó en torno a la comunidad y sus representaciones sociales. Por último, la salud bucal de boca en boca, recoge lo construido sobre la cosa en cuestión, constituyendo la tercera unidad temática.

Cada una de estas temáticas estuvieron contrastadas con sus respectivos referentes teóricos, una lúdica que posibilito armar y contextualizar el análisis a fin de dar cuenta a las representaciones encontradas, y de esta manera, lograr una aproximación al conocimiento del sentido común.

Las conclusiones esperadas se plantean en el capítulo quinto. De igual manera, se formula un cuerpo de recomendaciones. Recomendaciones, potenciadoras de nuevos andamiajes y nuevas maneras de responder a las exigencias que desde el Estado y desde la academia se vienen haciendo en materia de salud bucal.

Para finalizar y haciendo honor a la recuperación de la subjetividad, hago un alto en mi recorrido, dibujando reflexiones desde mis propias vivencias. Reflexión que guía la nueva direccionalidad de mi mirada. Un antes y un después en los espacios vividos.

## CAPÍTULO I

### *En Contexto*

En este capítulo se plantean los caminos andados, los vacíos, las vivencias, lo vivido. Una serie de interrogantes matizaron las reflexiones que a lo largo del trabajo van encontrando las respuestas necesarias. Dudas que se alimentan de nuevas dudas, e incertidumbres que acompañan este devenir. Contextualizar el objeto de estudio, implicó aproximarme a la salud bucal en todas sus dimensiones, su transitar en el tiempo, y las marcas ideológicas que han conformado la armadura de un saber y una práctica en salud.

#### ***1.1 Desde mis vivencias.***

La ciencia como el producto de la totalidad de las investigaciones científicas y la práctica, como la técnica que produce ciencia, no logra clarificar las dudas e incertidumbres que genera el proceso de producción del conocimiento. Si bien es cierto, la práctica es el producto de la experiencia y de todo aquel conocimiento que se recoge durante el transitar de la vida, es considerable retomar las palabras de Kant (1979) en *crítica de la razón pura*, donde manifiesta que todos nuestros conocimientos comienzan con la experiencia y que todas nuestras dudas se nutren en la práctica.

Es a partir de mi experiencia en la práctica profesional donde comienzan mis dudas, durante el ejercicio de mi profesión por más de quince años en el campo específico de la odontología comunitaria; en el ambulatorio “*Los Arales*” y desde los espacios comunitarios. Dudas que estuvieron alimentadas de las voces de los estudiantes del quinto año de la carrera, quienes contradictoriamente exclaman abierta unos y tímidamente otros, sobre lo tedioso de las actividades en la comunidad, actividades que forman parte de los requisitos del pensum curricular. Incertidumbres, vacíos y confrontaciones que aun no han encontrado respuestas que satisfagan una serie de interrogantes, que han estado circulando en mis reflexiones a lo largo de todos estos años.

Estas incógnitas no resueltas a través del tiempo, han generado toda suerte de pasividades y desmotivaciones hacia una salud bucal integral e integradora; a pesar de las diferentes asignaturas comunitarias que se dictan a lo largo de la carrera, donde se involucra al estudiante directamente con la comunidad, la escuela y la familia.

Si movemos la mirada hacia lo que pasa en el país, podemos evidenciar un franco deterioro de la salud bucal, a pesar de las constantes actividades de promoción y educación que se aplican en este campo, de la planificación de políticas públicas orientadas a mejorar los altos índices de caries y de pérdida dentaria a muy tempranas edades, así como, de las altas inversiones hechas por el Estado Venezolano para

mejorar la calidad de vida. En el diseño de las políticas públicas para la salud bucal, el Estado venezolano, a partir de la promulgación de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (2000) y en el Proyecto de Ley Orgánica de Salud (2002), se hace hincapié en la importancia de la participación comunitaria, como una estrategia fundamental para revertir los altos índices de enfermedad bucal en el país.

Esta participación involucra al individuo y a la comunidad, no solo a la asistencia a los servicios de salud, sino también, en la planificación, ejecución y evaluación de planes y programas de salud general y bucal.

La organicidad axiológica en donde está enmarcada la salud bucal y su abordaje, ha sido el acicate para emprender la búsqueda de nuevos desafíos que me aproximen a una visión integral e integradora de la salud bucal.

Dados los espacios y aprovechando los caminos que he venido construyendo en el doctorado en Ciencias Sociales mención Salud, he recibido una cantidad de referentes teóricos que me han permitido reflexionar sobre las contradicciones vividas y sentidas y abonar mi espíritu para emprender este desafío.

Desafío que obliga trascender la lógica instrumental y volcar la mirada hacia lo ideográfico, en un intento de aproximación a lo simbólico construido en torno a la salud bucal.

En otras palabras, hurgar en los profesionales que laboran en los servicios odontológicos de la Misión Barrio Adentro, y las representaciones sociales que circulan sobre la cosa en cuestión.

Es oportuno resaltar, que en el pensamiento occidental el problema de la salud y la enfermedad ha sido tratada desde la óptica de la enfermedad con un lente de alta resolución de objetividad, olvidándose por completo que la salud es un componente esencial de la calidad de vida.

Desde la antigüedad siempre se ha concebido a la salud en función de su opuesto "*la enfermedad*". Así como lo relata Heráclito (Gaader, 2002) al afirmar que de no existir la enfermedad la salud no se tomaría en cuenta, o más recientemente Gadamer (1996), advierte que la salud no llama la atención por si misma. De manera que en el pensamiento médico han existido dos grandes corrientes a través de la historia, que nos recuerdan el remoto culto diferencial entre Higia (Diosa de la salud) y Esculapio (Dios de la enfermedad), quedado sellada esta dicotomía.

Aún cuando se consideren a la salud y la enfermedad como entidades distintas que se disputan el organismo vivo, se reconoce que estas diferencias son de grado, ya que la exageración, desproporción y discordancia de los fenómenos normales, constituyen el estado de la enfermedad. Representado la enfermedad, el lugar esencial

donde toma lugar el saber y la practica médica. No obstante, los límites entre los términos salud-enfermedad no siempre son obvios, y de hecho, las concepciones más integrales tratan de superar esta dicotomía.

La salud bucal, no escapa a estas determinantes, generalmente las discusiones sobre esta temática están selladas por referenciales científicos-tecnológicos, los cuales enfatizaron sobre el objeto de estudio enraizado en la enfermedad exclusivamente, como lo refieren estudiosos en el área, Geiringer (1989), Payares (1996), Gadamer (1996), Oliveros (2004), entre otros. Quienes manifiestan que estos referenciales científicos-tecnológicos, se materializan a través del uso de técnicas cuantitativas, enmarcadas dentro del paradigma positivista.

Bajo esta visión reduccionista, disyuntiva y morbicentrista, se observa que la odontología como ciencia carece de legitimidad social, ya que ha estado bajo la sombra del trabajo médico, cuya única finalidad funcional está circunscrita a la enfermedad de la boca como un ente totalmente separado del resto del cuerpo.

En tanto tal, persiste un abordaje del componente de la salud bucal sin contexto social, sumándose a esto la presencia de una marcada obsesión biomecanicista, que ha llevado a considerar a la “*salud bucal*” como una simple técnica. Como puede apreciarse, la dimensión social de los problemas constitutivos

de la salud y enfermedad, siguen siendo un conflicto en el campo médico-odontológico.

Por otra parte, se reconoce que la mirada de la salud bucal desde el Estado y por ende, en las instituciones formadoras, ha sido eminentemente curativista donde no se involucra, ni se concibe al otro como un ser que siente, piensa y padece, obviando por completo sus percepciones, sus vinculaciones, sus necesidades, sus intereses.

### ***1.2 La salud bucal, una aproximación arqueológica.***

A fin de poder establecer una visión significativa de lo que ha sido la salud bucal, y poder comprender las marcas simbólicas que se han construido en torno a la misma, se hace imprescindible volcar la mirada sobre la importancia de los relatos y sus respectivas improntas, identificando las representaciones ideológicas sedimentadas y reproducidas en el imaginario colectivo.

Desde la remota antigüedad el hombre ha expresado un lenguaje sagrado y simbólico, para enunciar las grandes realidades y entre ellas para expresa la salud (Jung, 1997). En este orden de ideas la mitología transmite una concepción del mundo y de los hechos sociales en sus aspectos esenciales que son idénticos en para cada pueblo. De manera que, en la representación simbólica de la salud bucal también

se representan una serie de principios que son inmutables y eternos, heredados de los grandes relatos mitológicos que preceden esencialmente a las culturas y tradiciones.

Las dos grandes corrientes presentes en el pensamiento médico nos trasladan al culto preferencial, ya mencionado, entre Higia, Diosa del amor y Asclepios (Esculapio, Dios de la enfermedad. Este último centra su poder en la enfermedad. El otro si excluir a la morbilidad, aspira entender los procesos de salud que giran como centro de la vida. Los límites entre los términos salud-enfermedad no siempre son obvios, y de hecho las concepciones más integrales, tratan de superar esta dicotomía. Esta disyunción ha permanecido inalterada hasta nuestros días, con muy buena salud.

Los griegos sin lugar a duda son los padres de nuestra cultura occidental. La presencia literaria de Apolo y Esculapio, Dioses de la curación, son clara evidencia de la dependencia mística de la salud en la población griega, siendo el arte de curar función exclusiva de los sacerdotes.

Asclepios (Esculapio en latín). Significa “*incesantemente benévolo*”. Es el Dios de la medicina. Según la mitología hijo del Dios Febo (Apolo) y de Cronis, cuya infidelidad a Apolo con Isquis hizo que Artemisa (hermana de Apolo), la matara al estar embarazada. Apolo tras una señal sobre Hermes, le sacó el niño vivo de la matriz de Cronis y de aquí nació Asclepios. La mitología señala también, que éste fue entregado al Centauro Quirón para que le enseñara el arte de curar. Tanto fue la

enseñanza, que llegó a resucitar a los muertos. Esto irritó a Hades, señor del infierno, que veía menguar la población de su reino. Las quejas de Hades fueron oídas por Zeus, quien fulminó a Asclepios con un rayo.

En la mitología la boca está representada por símbolos maliciosos relacionados con el castigo o la discordia, generando o incitando a la muerte de una manera directa o indirecta. Una representación como símbolo de castigo, es la del Titán Cronos., el padre de Zeus, gobernador del Universo durante la edad de oro. Era uno de los doce titanes, hijo menor de Urano y de Gea, las personificaciones del cielo y la tierra. Sus primeros hijos fueron los tres Hecatonquiros, los monstruos de cien manos y cincuenta cabezas a quienes Urano había apresado en un lugar secreto y Gea trató de rescatarlos, pidió ayuda a sus otros hijos, incluidos los cíclopes. Sol Cronos aceptó el desafío, atacó a Urano y lo hirió gravemente. Cronos se convirtió así, en el regidor del universo.

Cronos y su hermana, la reina Rea, llegaron a ser padres de seis de los doce Dioses y Diosas conocidas como los Olímpicos. A Cronos se le había profetizado que sería derrocado por uno de los hijos y se comió a los cinco primeros al poco tiempo de nacer. En este episodio la representación de la boca está dada por el poder, la discordia y la capacidad de quitar la vida. Rea ocultó a su sexto hijo llamado Zeus, quien fue criado en Creta. Al crecer forzó a Cronos para que vomitara a sus cinco

hermanos. En este caso, la boca representa el resucitar, volver a la vida a través del poder de la boca.

En otro relato se hace referencia a la boca como símbolo malicioso a través del mito Tifón. A este se le representa como una divinidad primitiva en forma de huracán destructor que lanza llamas por la boca. Es un enorme y espeluznante monstruo alado con un centenar de serpientes repartidas por sus muslos. Tifón nació en una cueva de Cilicia y fue confinado allí. Fue en Cilicia donde Zeus, Dios del cielo, luchó con el antiguo, monstruo y lo derrotó. La mitología la define como una complicada batalla, cuando Tifón ataca a Zeus con sus llamas nacidas de la boca, logra derrotarlo temporalmente al cortar los tendones. Aquí la representación de la boca está dada de nuevo, por el poder de quitar la vida.

Otro mito de la boca como símbolo de discordia, es el de la manzana de oro “*para la más bella*”, surgiendo la frase “*el pez muere por la boca*”. Este relato es considerado el origen de la guerra de Troya, iniciada por la manzana que mandó Eris, Diosa de la discordia y hermana de Marte, a la boda de Peleo y Tetis, en castigo por no haber sido invitada. En la boda, varias Diosas estaban convencidas de ser cada una la más bella, generando una gran discordia entre Atenea, Hera y Afrodita. Zeus designó a París, rey de Troya a seleccionar a la ganadora y éste eligió a Afrodita. La entrega de la manzana a Afrodita, Diosa del amor, aseguró a París el favor de la Diosa y el amor de la hermosa Helena, mujer de Menelao, rey de Esparta. Helena, se

fue con Paris a Troya. Como consecuencia se organizó una expedición de castigo al mando de Agamenón, para vengar la afrenta hecha a Menelao.

Las primeras civilizaciones utilizaron entre otros órganos, a la boca para diagnosticar enfermedades, representación perdida a través del tiempo. Evidencia de ello, son las tablillas de arcilla de la biblioteca de Asurbanipal en Asiria, antigua región asiática (Ring, 1995: 27), utilizadas como “medio de diagnosis y pronóstico de cualquier enfermedad general”. Ello incluye, a la salud bucal como parte de la salud integral del individuo, además que las enfermedades de la boca se manifestaban en cualquier parte del cuerpo, que si no eran tratadas adecuadamente el individuo continuaba enfermo. Significativa impronta de una visión holística de la salud bucal. La afección de la boca influía a nivel corporal, así como, la afección del todo reflejaba en la boca.

En la antigua Mesopotamia hasta el imperio babilónico, se ha hablado de la salud bucal, utilizándose diferentes terminologías y abordajes. Considerando que fue durante este imperio donde surgieron grandes cambios, ya que por primera vez en este campo se utilizaron medicamento y se realizaron actos operatorios sencillos, como lo reseña el código legal escrito durante el reino de Hamurabí (1792- 1750 A.C.) donde se definen leyes como, la ley 200 “si alguien arranca el diente de un igual, se le arrancará su propio diente”; la ley 201 “si alguien arranca el diente de un inferior, se le multará con un tercio de mina de plata” (Ring, 1995: 27), (Ring, 1995: 27).

Observándose que la pérdida de un diente representaba un aspecto valioso, y al reconocerse algún error en éste ámbito, el individuo que lo cometía era penado por la ley.

En el mundo hebreo, la salud bucal era de gran estima y estaba signada por la presencia de dientes sanos y fuertes. Los dientes representaban símbolos estéticos y de fuerza, cuya pérdida estaba relacionada con debilidad y enfermedad. Estas reflexiones se manifiestan en los escritos de la canción de Salomón, en el antiguo testamento (2:2) “*los dientes son como rebaños de ovejas recién esquiladas*” o en sus *Proverbios* donde se precisa que el mal estado de un diente es símbolo de debilidad, “*la confianza en un traidor en momentos de peligro es como de un diente putritus*”; así mismo en el *Salmo 3* de David, insinúa que sus enemigos se han quedado indefensos por la pérdida de un diente. Entendiendo que los dientes sanos están relacionados con fortaleza y fuerza.

Para el mundo egipcio, la salud bucal pertenecía al campo de los especialistas, vislumbrándose la subdivisión de las especialidades. En tal sentido, se reconoce al primer dentista especialista en este campo, cuyo nombre era Hesi Re (3000 A.C.), conocido como “*el más grande de los médicos que trata los dientes*”. El tratamiento odontológico se separó del tratamiento médico, en esta época. La forma más común para lograr la salud bucal, se hacía través de las extracciones dentales y las

trepanaciones de la mandíbula, esta última como la “*forma de permitir la salida de los exudados purulentos*”, como se observan en

El acto odontológico era considerado como un acto médico de gran responsabilidad para los especialistas, comenzando a partir de este momento el fraccionamiento de la salud bucal. La representación evidente de la época era que “*los dientes le competían a los especialistas*”. Por lo que es vista como una actividad donde se hace necesaria una formación especializada. La higiene bucal no tenía una representación valorativa para este pueblo antiguo, a pesar de los diferentes artefactos cosméticos que se han encontrado durante las excavaciones de las tumbas, no aparecen cepillos dentales, ni otro objeto similar de limpieza bucal.

En la Grecia presocrática, siglo VI antes de Cristo, la salud estaba basada inicialmente en el culto de “Asclepio” cuya terapéutica conllevaba un ritual bastante ceremonioso, a través de la asistencia divina durante las curaciones. En esta época, se conforma la teoría naturalista (fisiológica) del cuerpo humano y se consideraba a la enfermedad, como la alteración morbosa del buen orden de la naturaleza. Se entendía a la naturaleza como el equilibrio entre agua, aire, fuego y tierra. Se crea la idea de la medicina técnica, que servirá de base para la medicina hipocrática. Según Hipócrates, la salud está dada por el equilibrio de los cuatro humores: sangre, pituita, bilis amarilla y bilis negra del cuerpo humano (Lain, 1972).

En los textos hipocráticos denominados “*sobre las afecciones y Epidemia VII*” y “*sobre la dentición*”, se encuentran diseminadas numerosas referencias sobre los dientes, nutrición ideal para una salud bucal, enfermedades bucales y pérdidas dentarias. Las representaciones evidentes de esta época son, “*los dientes se corroen y estropean parcialmente por el mucus y también debido a la comida, cuando son de naturaleza débil y están mal sujetos a la boca*” (Ring, 1995: 40-41). En términos simbólicos la salud bucal es reconocida como un factor importante y valorativo en la salud general del individuo. En cuanto a la práctica de la higiene bucal fue un factor de máxima consideración que se instaló bajo la influencia romana, de manera que los griegos aprendieron a utilizar diferentes sustancias para la limpieza de los dientes como talco de pómez, coral en polvo, entre otras prácticas.

En la época hipocrática, aun cuando la extracción dental representaba un acto sumamente peligroso, podía ser realizada por cualquier individuo que tuviera cierta experiencia, como los llamados “*rapabarbas*”. Estos personajes eran los encargados de las labores dentales, y eran despreciados por los clasistas médicos hipocráticos que contaban con el reconocimiento social. La diferencia entre los rapabarbas y los médicos, era la misma diferencia encontrada entre la “*teórica*” y la “*práctica*”. La primera consistía en saber la esencia de las cosas por sus causas y razones, aunque no se sepa la ejecución; mientras que la segunda es saberlo ejecutar aún cuando no se sepa la esencia, causas y razones de ello. Con el inicio de los “*rapabarbas*” como

ejecutores de la práctica dental, desaparece la filosofía ética aristotélica, desarrollándose una práctica fragmentada y desvalorizada.

La representación en torno a la salud bucal, que selló la época se construyó en relación a los rapabarbas: *“los rapabarbas eran charlatanes callejeros”*, en otras palabras se estaba privilegiando a la teórica.

En el mundo romano, se rescata un poco la filosofía de la integración, ya que se incluía el trabajo odontológico dentro del campo de la medicina. En latín antiguo no se encuentra ninguna palabra dedicada a la odontología *“per sé”*, sino a la salud general, donde está inmersa la salud bucal. Celso y Galeno eran delegados médicos que enfatizaron en la salud bucal, en cuyos trabajos se evidenciaron restauraciones dentales, cirugías dentarias y óseas, estética dental, higiene bucal, como lo refieren las Leyes de las Doce Tablas (450 a. C.), las cuales representaban el Código Legal para la nación. La representación que selló la época ubica a la salud bucal dentro de la corporeidad, *“las enfermedades de la boca se producen por ícores catarrales que descienden de la cabeza”*. Se puede observar la valoración de la salud bucal y su integración con el resto del cuerpo como condición de bienestar.

Con la caída del Imperio Romano y la propagación del cristianismo se experimentó un gran cambio en los monasterios medievales, donde los sacerdotes pasaron a ser los encargados de la salud. La ciencia fue sustituida por la fe y las

oraciones (Goerke, 1986). A finales del siglo VI, la medicina descendió a niveles inferiores, a la alcanzada en tiempos Hipocráticos. La salud bucal se hundió en un oscuro letargo, debido al menosprecio hacia el bienestar y la belleza del cuerpo. Surge una nueva marca ideológica: “*el cuidado de la boca era símbolo de belleza*”. La belleza era sinónimo de vanidad y de presunción, relacionada ésta con situaciones demoníacas, lo que explicaba el abandono de la salud bucal durante esta época.

Los dolores de muela eran curados por métodos químicos (aguardiente, agua salada, hervidos, vinagre), mecánicos (masticar corcho o resinas), o mágicos (invocar a Santa Apolonia), evidenciándose el predominio de la relación entre la enfermedad y los actos satánicos. Aún cuando hubo invención de ciertos instrumentos mecánicos, no se crearon nuevos conocimientos, prevaleciendo de tal forma, la “*technique*” sobre la “*science*”.

El mundo árabe tuvo su excepción por la presencia de ciertos eruditos que conservaron conocimientos de la antigüedad, destacándose Avicena, con el “*Canon*” de medicina. Probablemente el texto médico más importante en todos los tiempos; le valió el título de *príncipe de los doctores*. En lo concerniente a los tratamientos odontológicos, fue poco lo que aportó. No obstante, hizo hincapié en la higiene bucal y técnicas de limpieza, en el uso de limas para el desgaste de dientes alargados, en el tratamiento de úlceras y fistulas de las encías infectadas, así como, en el tratamiento y ferulización de las fracturas mandibulares (Ring, 1995).

La documentación más importante sobre las prácticas dentales medievales, fue dada por la abadesa Hildegarda (1099-1179) en Alemania. La primera obra quirúrgica de esta época es la “*Cirugía de Salerno*” (1170) producida por Róger Palermo. Durante el siglo XI y XIV la extracción dentaria representaba un método de castigo y venganza, el cual era utilizado en contra de los presos y enemigos. El sello que marcó la época, “*la cirugía bucal era un acto de intimidación y de bajo valor ético*”. La cirugía bucal como un acto odontológico era ejecutada solo por los barberos de la época en baños públicos, en la calle o en las plazas. Los eruditos teóricos no realizaban actividades quirúrgicas, ya que ponían en riesgo su prestigio y conocimientos. El conocimiento teórico era privilegio de los monjes.

Esta condición prevaleció por muchas décadas a lo largo del siglo XVII. Los barberos se seguían anunciando como “*dentistas especialistas*” y continuaban ejecutando sus actividades a la luz pública, los más humildes ejercían en sitios que le permitían atraer clientes como plazas o mercados. El tratamiento odontológico no quirúrgico continuaba siendo patrimonio de los monjes. La marca que signa la época era la presencia de la medicina monacal, “*solo los monjes podían obturar la amuela cariada*”.

La medicina al igual que la odontología, fue considerada durante estos siglos una “*ars mechanica*”. La cirugía bucal representaba uno de los genuinos oficios manuales y populares. La única contribución cultural de la edad media, fue la

fundación de las universidades y el comienzo de la educación intelectual (García, 2001). Se le otorgaba el título de “*Doctor*” a los médicos europeos (S. XIV) y de “*Sir*” a los médicos americanos (S. XVIII). Fue en el siglo XVIII cuando se crea el “*collegio*” que acreditaba a los dentistas, tras el visto bueno de una comisión examinadora, que otorgaban el título de licenciatura. La odontología alcanza de esta manera, su categoría de ciencia, asumiendo con mayor responsabilidad el cuidado de la boca.

En el siglo XVIII surge el empirismo clínico (Balestrini, 1999), a partir de este momento con la observación de las lesiones anatómicas y su relación con la sintomatología, ofrecen un asiento para el saber patológico, desarrollándose como consecuencia la semiología física.

En el mismo siglo se desarrolla el mecanicismo fisiológico, a través de los conocimientos aportados por la física y la química, lo que posibilitó el nacimiento del método experimental. El auge de la medicina clínica, trajo grandes adelantos en el campo de la salud bucal, separando e independizando a la odontología de la medicina general.

En el siglo XVI, la odontología tenía un desarrollo científico similar al de siglos anteriores. Un ejemplo de esa visión, está dada por la representación que marco la época “*los gusanos causaban enfermedades bucales*”.

Durante el siglo XVIII y a mediados del XIX, la asistencia dental profesional era un lujo que pocos se podían dar, por lo que el herrero, el barbero y boticario, seguían practicando el trabajo odontológico en cualquier sitio, sin considerar la implicación de la salud bucal, como un aspecto integrante en la calidad de vida del individuo. No obstante, los pediatras hasta el siglo XIX aceptaban como hecho relevante la relación entre la dentición y la enfermedad, atribuyéndole una serie de trastornos generales y locales a la erupción dentaria, como insomnio, intranquilidad, anginas, entre otros (Egozcue y col., 1988)

El surgimiento de la salud bucal como parte integrante de una ciencia, nace con Pierre Fauchard (1678-1761) cuyos tratados y conocimientos prevalecen en la odontología moderna (Saturno, 1996). Fauchard le otorgó a la odontología características de profesión y de ciencia independiente. De ese modo, la circunscribió a un área física orgánica ya que era la encargada absoluta de la salud y/o enfermedad bucal del individuo. Selló la desintegración de la boca del resto del organismo. *“la boca es un agregado del cuerpo”*. Representación que se ha consolidado en el sistema de salud y se ha reproducido en la academia.

En la segunda mitad del siglo XIX, los avances de la física y la química producto de la revolución industrial fueron incorporados al campo de la salud bucal, desarrollándose la investigación experimental y consolidándose la visión organicista y desintegrada de la enfermedad. Esta teoría circunscribe al abordaje de la salud bucal

a la boca como órgano, reflejando esta postura una de las premisas básicas de la odontología moderna. Posteriormente, surge la filosofía positivista con Auguste Comte (1798-1857), influenciado por Newton, marcando las diferencias con el empirismo. El carácter fundamental de esta filosofía, consistió en captar todos los fenómenos como sujetos a leyes naturales invariables. Corriente asumida por el mundo moderno, la cual se enraizó en las ciencias naturales y por supuesto, en el campo de la salud. La ciencia odontológica. Además de tener una acción circunscrita a la boca, aislada del organismo y del contexto socio-histórico, considera que todo hecho que ocurra en ese ambiente orgánico, tiene que ser observable, verificable y cuantificable, otra premisa clave de la odontología moderna.

A comienzos del siglo XX se consolida la visión moderna de la salud-enfermedad, donde las lesiones y alteraciones funcionales internas son producidas por factores biológicos externos, las cuales pueden ser observables y medibles (Lain, 1972). En este sentido, la enfermedad bucal está representada en términos estadísticos, definiéndose por patrones de comportamientos comunes a grupos determinados, remarcando la visión organicista y cuantitativa de la enfermedad, que la fortalece como ciencia moderna.

Aún cuando se reconozca que la salud bucal forma parte integral de la calidad de vida del sujeto, este principio no prevalece en la práctica actual de la salud bucal, ya que esta tiende al mercadeo de los requerimientos clínicos basados en las artes

mecánicas y la estética. En este sentido, predomina “*la práctica*” sobre la “*teoría*”, predominando así el saber ejecutar del acto odontológico, aún cuando no se sepa la esencia, causas y razones que ello genera.

### ***1.2.1 Ser y deber ser de la Salud Bucal.***

Las circunstancias que han marcado a la salud bucal, desde la antigüedad hasta la actualidad están centradas en la distancia entre el “ser<sup>2</sup>

Las circunstancias que han marcado a la salud bucal desde la antigüedad hasta la actualidad, están centradas en la distancia entre “*ser*” y “*deber ser*”. El *ser*, está dado por el paradigma que sirve de base de sustentación en la cual está montada la salud bucal. Este paradigma considera a la boca, como un ente aislado del organismo, olvidando por completo sus determinantes socio históricos. El *deber ser*, considera a la salud bucal como parte integral de la salud general, tomando en cuenta las realidades y necesidades, la cultura, costumbres, creencias y religiones del individuo, como un todo contextualizado; donde además la subjetividad del individuo, sentimientos y percepciones son tomados en cuenta en los logros y alcances.

Como lo afirman numerosas investigaciones (Geiringer, 1989; Gadamer 1996; Payares, 1996; Oliveros, 2004), la práctica odontológica ha recurrido a un determinismo mucho más desintegrador que la práctica médica, sobre todo al

referirse a la cavidad bucal, como un “*sistema cerrado*” suficiente y exclusivo. Reflejo de esta ingeniería biológica son los términos de “*aparato masticatorio*”, “*pieza dentaria*”, “*mortalidad dentaria*”, entre otros.

Es interesante señalar que los especialistas han remplazado el huésped humano de la tríada ecológica<sup>1</sup> a una “*ecología oral*”, donde el huésped es el diente, el agente causal es la bacteria y el ambiente es la boca, convirtiéndolo en un modelo suficiente y explícito de un objeto de estudio fragmentado, disyuntivo, ahistórico y morbicentrista

Esta representación fuertemente consolidada, explican porque el diente y la boca son epicentro y diámetro de una práctica especializada que impulsa a los y las profesionales a reproducir el modelo desintegrador.

Las especializaciones y subespecializaciones en el área de la salud bucal dividen y excluyen cada uno de los componentes que conforman el ser vivo en relación, alejándola e individualizándola cada vez más del cuerpo y del entorno.

La salud bucal y la práctica odontológica sigue siendo definida como la “*medicina de la boca*” teniendo solo bajo su cuidado las enfermedades, lesiones y

---

<sup>1</sup> Triada Ecológica: representa la interpretación ecológica de la salud y enfermedad de Clark, dada por la compleja interacción entre tres elementos del sistema ecológico: agente, hospedero y medio ambiente. Por tanto, el equilibrio entre hospedero, agente causal y la participación favorable del medio ambiente, se traduce en salud (Aranda, P., 2001:54-60).

deformidades de los órganos y tejidos circunscritos a la cavidad bucal exclusivamente. Aún cuando, la odontología es definida como una ciencia, en ciertas ocasiones es identificada como una *técnica o arte*, cuya única responsabilidad es responder por la denominada “*salud bucal de las personas*”. En la mayoría de los casos la, la odontología actúa demostrando una organización profesional al margen de la medicina y una clara diferenciación entre lo práctico y lo teórico (Payares, 1996).

Una manera de vencer esta lógica, es tratando de buscar conexiones entre lo biológico y lo sociocultural, integrando así las ciencias naturales con las ciencias sociales.

Ahora bien, entender el problema de salud-enfermedad bucal como un proceso social, tiene múltiples consecuencias, tanto para la investigación, como para la praxis y abordaje de la misma. Aún cuando en los últimos años el enfoque sobre la atención bucal se ha modificado, sobre todo en los países Europeos, donde se evalúa el impacto de la práctica odontológica en función del número presentes sano; en los países tercermundistas prevalece el modelo fragmentario en la práctica odontológica. Modelo que se caracteriza por ser curativo-mutilante, centrado en la enfermedad y en el número de obturaciones y/o extracciones, prevaleciendo como criterios esenciales que miden la salud bucal de una población.

Esta situación se refleja a través de los datos epidemiológicos de salud bucal de países desarrollados, donde el índice de dientes cariados, perdidos y obturados en permanentes (CPOD) y temporarios (ceod), están en valores realmente bajos (menor de 2,6). La modificación de los componentes de estos índices, se expresan por la disminución en el número de dientes cariados y perdidos, y por el incremento del número de dientes obturados.

Algunos autores sitúan esta reducción entre “3 y 5 por ciento a la edad de 12 años, en un período de 10 años aproximadamente” (Rioboo, 2002:35). El descenso de las cifras de los dientes cariados y perdidos se atribuye a las modificaciones en los criterios sobre el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades bucodentales. Según la OMS, solo un tercio de la población de los países desarrollados requieren alivio del dolor bucodental por lo menos tres veces de su vida.

La situación en los países en vías de desarrollo, es muy preocupante debido a las precarias condiciones socio económicas de grandes masas de población, lo que se ve reflejado en la alta prevalencia de la caries dental.

Aún cuando, se reconoce que la caries es un problema de salud pública, solo es tratada por procedimientos restaurativos, con un marcado olvido de la promoción (Anusavice, 1988; Elderton; 1988).

Estos tratamientos restauradores han sido tomados como una estrategia de las políticas de salud en varios países latinoamericanos, sin resultados satisfactorios, ya que solo se cura, solo se repara, no existiendo políticas claras de promoción de la salud bucal.

El gasto público destinado a la salud bucal en América Latina, se estima en menos de 20 por ciento de la partida destinada al sector salud, aunado a la ineficacia estatal para mejorar los indicadores socio-epidemiológicos actuales en materia de salud bucal.

En tanto tal, las enfermedades bucales en la Región de las Américas y el Caribe representan un componente primordial en el estado general de la salud de la población, pues tienen una alta prevalencia e implica tratamientos y elevados costos para la población (OPS, 1998).

Más de 90 por ciento de la población latinoamericana presenta problemas de salud bucal, como lo demuestran los índices socio-epidemiológicos en los informes de OPS (1998) y OPS/OMS (2001)

En argentina (1998), por ejemplo, 97 por ciento de la población es portadora de afecciones bucales, el CPOD en niños entre 9 y 12 años es de 5,6, lo que se

considera realmente alto. Mientras que, en Belice y el Salvador el CPOD de la población es mayor de 5, lo que se considera emergente y requiere mayor apoyo.

El Chile (1993). 90 por ciento de los niños entre 6 y 12 años presentan caries y maloclusión. En Colombia (1977-1980), 96,7 por ciento de la población presenta caries, el grupo de mayor incidencia está dado por el de los 12 años. Estos países son catalogados por las OMS como uno de los países con más alto índice de caries y de problemas periodontales complejos.

Por otro lado Costa Rica en 1992, con la fluorización de la sal hubo una marcada disminución de la caries dental, el porcentaje de niños libres de caries es 20,9 por ciento. Al igual que Cuba (1995), con la puesta en práctica de políticas preventivas logrando un 42,6 por ciento libres de caries. Mientras que, Honduras es catalogada por la OMS en 1997, el país Latinoamericano con altos niveles de caries, ya que a los 12 años el CPOD es 8,64, considerado de alta severidad.

A diferencia de Jamaica, quien es reconocida como uno de los países con mejores índices de CPOD (1,68 en 1995), consecuencia de la fluoración de las aguas servidas.

En México (1996), 95 por ciento de la población padece de caries, más de 90 por ciento de los niños de 6 años padecen de la enfermedad. Al igual que en Perú,

donde la prevalencia de caries es de 95 por ciento, enfermedad periodontal de 85 por ciento y maloclusión de 80 por ciento.

En relación a Venezuela, la salud bucal de la población no escapa a esta realidad latinoamericana, de acuerdo al *Estudio para la Planificación Integral en Odontología* (EPIO) del Ministerio de Salud y Asistencia Social (1967-1972) y “*Proyecto Venezuela, Aspectos Odontológicos*” de FUNDACREDESA (Mijares y Col. 1981-1987). Los resultados demuestran que a los 7 años, 37 por ciento de la población padece de caries, a los 12 años tienen un índice de caries moderado según la OMS (3,67), a los 18 años, el promedio de caries se eleva a 96,4 por ciento de la población (Mijares, 1995). Observándose que a pesar de la inversión para hacerle frente a problemática de salud bucal, no ha habido cambios importantes en el transcurso de 20 años.

Diez años después, se realiza un estudio integrado por varias instituciones en niños de 6 a 15 años (Rivera, Núñez y Acevedo (1997). Reflejando que en la población comprendida entre 6 y 7 años, los dientes cariados prevalecen en 70 por ciento, con respecto a los sanos. En el grupo de 7 a 14 años, 8 de cada 10 niños presentan caries, mientras que en los mayores de 35 años, 9 de cada 10.

El último estudio de FUNDACREDESA en el año 2000-2001, refiere que en el último año del estudio (2001) solo el 5 por ciento de la población ha asistido a la

consulta odontológica, así mismo expresa, que 50 por ciento de los niños en edad escolarizada asisten a la escuela con la boca sucia, siendo los tratamientos predominantes los siguientes: 28 por ciento extracciones, 40 por ciento restauraciones y consultas 70 por ciento (MSDS, 2001).

Los altos índices socio-epidemiológicos de los países latinoamericanos, han impulsado el desarrollo de otros tipos de procedimientos a fin de controlar la problemática de salud pública, como la fluoración de las aguas servidas. Este procedimiento preventivo ha sido aplicado en países como Colombia, Chile, México y Jamaica, esperándose una reducción de la caries en 85 por ciento, dado al fortalecimiento del esmalte producto de la acción del flúor.

La fluoración de la sal, evidencia otra técnica preventiva caracterizada por ser más económica e igualmente efectiva que la fluoración de las aguas servidas. Con el consumo de la sal fluorada se estima la disminución de la caries dental en 60 por ciento de la población. Este procedimiento preventivo ha sido aplicado y se mantiene vigente en países como Belice, Costa Rica (1987), República Dominicana, México (1993), Perú y Venezuela (1992).

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud bucal no se contempla como prioridad indispensable en las políticas de salud pública, ni

constituye parte de las acciones básicas de servicio, por lo que la atención bucal queda restringida al ámbito de la práctica privada, exclusivamente.

En función del resultado del análisis de las condiciones y necesidades de los países en las Américas en la década de los 80, la OMS en unión con la Federación Dental Internacional (FDI), adoptaron políticas globales de salud bucal con orientaciones estratégicas durante el período 1999.2015, siguiendo los lineamientos de políticas de la OPS. La meta principal de estas organizaciones está dirigida a la reducción de 50 por ciento de la prevalencia de la caries dental, con las siguientes orientaciones estratégicas: disminuir el índice CPOD (1,5) a los 12 años en 80por ciento, así como, mantener todo los dientes posibles en boca a la edad de 18 años (OMS, 1977).

Estas acciones estuvieron dirigidas a cumplir con los compromisos sellados en Alma Ata, “*Salud para Todos*”, como respuesta de las políticas de salud para el Siglo XXI cuyo plan general de trabajo contempla: salud en el desarrollo humano, desarrollo humano<sup>2</sup>, desarrollo de los sistemas y servicios de salud, promoción y protección de la salud, prevención y control de enfermedades, y protección y desarrollo ambiental. (OMS/OPS, 2001)

---

<sup>2</sup>Desarrollo Humano: “proceso de ampliar la gama de opciones de las personas, brindándoles mayores oportunidades de educación, atención médica, ingreso y empleo, y abarcando el espectro total de opciones humanas, desde un entorno físico en buenas condiciones hasta libertades económicas y políticas (Banco Mundial. Desarrollo Humano, Informe 1992:18).

En este sentido, las políticas de salud en Venezuela han mostrado claras y evidentes intenciones de cumplir con el mandato de Alma Ata. La Constitución de la Republica Bolivariana de Venezuela de 1999, es un claro ejemplo de ello. “...*El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios*”. (Artículo 83).

“*Para garantizar el derecho a la salud, el Estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud...*” (Artículo, 84).

“*El financiamiento del sistema público nacional de salud es obligación del Estado...*” (Artículo, 85).

### ***1.2.2. La Salud Bucal en Venezuela. Período colonial, postcolonial y contemporáneo.***

Hablar de la salud bucal en Venezuela, obliga a reflexionar sobre las marcas ideológicas que la han orientado a lo largo de su devenir sociohistórico.

La salud bucal venezolana, si de caracterizarla se trata, ha girado en torno a los aspectos técnicos-operativos, rudimentarios o basados en la ejecución de técnicas sofisticadas. Esta orientación, concibe al individuo como una máquina que amerita ser reparada.

Bajo esta corriente positivista, el abordaje de la salud bucal en nuestro país se ha caracterizado por ser una disciplina altamente científica, plataforma que le imprime una marcada orientación tecnocrática. Al respecto, Gadamer (1996:32) justifica esta concepción positivista al expresar “*esta concepción ocurre desde hace mucho tiempo en el campo odontológico*”. Es organicista, fragmentada y discontinua, ya que la enfermedad queda reducida al órgano bucal. Se entiende a la boca como un parte aislada y fragmentada del resto del cuerpo, y al individuo como un ser biológico que funciona como una máquina, sin considerar su dimensión subjetiva, percepciones, sentimientos, costumbres y hábitos, careciendo de cualquier visión integral de la salud bucal.

En síntesis, una salud bucal disyuntiva y reduccionista prevaleciendo la dimensión monocausal, unidisciplinaria y biologicista, donde la etiología de la enfermedad está dada específicamente por la presencia de un agente causal, sea virus, bacteria, hongo, el cual solo puede ser abordado por la disciplina odontológica.

La atención prioriza lo individual y curativo, la oferta básica de servicios enfatiza la atención curativa, basada en el tratamiento individual y medicalizado, con la prevalencia de una odontología mutilante, en detrimento de las acciones básicas de atención primaria dirigidas a la promoción de la calidad de vida.

La salud bucal se mira a sí misma, sobredimensionándose la repuesta medicamentosa, a fin de controlar la perturbación biológica. Solamente responde a la lógica asistencialista y a la libre demanda, a una oferta de servicios sin ninguna planificación y a espaldas de las necesidades sentidas de la gente.

En el país contamos con un sistema público de escasa tecnología y un servicio privado con tecnología sofisticada de punta, donde muy pocos tienen acceso, la presencia de una praxis anárquica y desarticulada, sin la participación activa de la comunidad en el proceso de planificación, ejecución y evaluación, y la prevención de una oferta de servicio que responde a los intereses de un pequeño sector de profesionales y de funcionarios del sector, son muestras evidentes de la calidad de la atención de la salud bucal en el país.

Por otra parte, la odontología desde su nacimiento ha estado bajo la visión general de las ciencias médicas, situación que a su vez ha contribuido a adosarla como un agregado de la salud general y no como un constituyente integral de la misma.

En tales condiciones, la salud bucal ha sido olvidada de las políticas públicas del Estado Venezolano ya que los enfoques y modelos de la práctica médica que domina el saber y el hacer odontológico, han estado permeados por el paradigma

lógico positivista. Bajo esta concepción cualquier reflexión epistemológica es considerada una banalidad.

Aunque reconozca que la salud integral constituye el objetivo de la acción médico-odontológico, esto no es un “*hecho clínico*”, sino por el contrario, como refiere Gadamer (1996), es más un hecho psicológico-moral, que forma parte de una problemática general que no puede referirse sólo a la posición de las ciencias naturales. Por el contrario, representa una configuración compleja, donde la salud bucal como objeto de estudio, justifica una mirada interdisciplinaria y transdisciplinaria, que permita trascender las representaciones ideológicas que la ubican solamente como “*la enfermedad de la boca*”.

En la Venezuela colonial, el saber odontológico estuvo influenciado por la odontología europea del siglo XV. La salud bucal del Nuevo Mundo en épocas coloniales estuvo en las manos y herramientas de los barberos sangradores ibéricos que arribaron en los distintos viajes a las costas venezolanas (Saturno, 1996). Los conocimientos y creencias relativas al proceso salud-enfermedad bucal no sólo estuvo conformado por el de los barberos colonizadores, sino que se mezclaron con los conocimientos indígenas y africanos, conformando un cuerpo de saberes.

La llegada de los nuevos “*fierros mutilantes*” marca la diferencia técnica entre ambos abordajes de la salud bucal. La autóctona, que se caracterizaba por el uso de

procedimientos paliativos y algunas medicinas profilácticas, mientras que la nueva tecnología invasora, se caracterizó por el uso de procedimientos odontológicos mutilantes. Junto con la imposición técnica, también se manifestó una imposición espiritual representada por el culto forzado a los santos especialistas, como culto a “*Santa Apolonia*”, con el propósito de combatir aquellos supuestos trastornos demoníacos que se alojaban en la boca.

Los conocimientos indígenas dirigidos al logro de la salud bucal, se caracterizaron por el uso de sangrías y uso de hierbas para tratar las heridas. Realizaban incrustaciones dentarias a fin de rellenar socavados dentarios, trepanaban mandíbulas para el tratamiento de procesos, suturaban con cabello humano para cerrar las heridas, además utilizaban baños medicinales como fuente de salud. Empleaban más de mil plantas medicinales, que posteriormente fueron objeto de estudio y de investigaciones europeas para la fabricación de fármacos (Goerke, 1986; Saturno, 1996).

Saturno (1996) considera, que aún cuando la inquisición ibérica trató de abolir los conocimientos y creencias indígenas, algunos códigos contentivos de los saberes indígenas se mantuvieron por décadas, sobreviviendo casi cuatro siglos en el nuevo continente. Estos conocimientos autóctonos ofrecidos por los curanderos indígenas, prevalecieron por la precariedad asistencial de la época. Sin embargo, fueron los

barberos quienes hicieron todas las cirugías en los tiempos coloniales, además de la limpieza dental.

Tres rasgos casi contradictorios marcan la asistencia médica en el Nuevo Mundo durante el período colonial: la creación de hospitales, la precaria presencia de eruditos y la compensadora presencia de curanderos, barberos y cirujanos. Durante el siglo XVI, ya en Sur y Centroamérica existían hospitales, antes que en Norteamérica. Venezuela no se quedó atrás, se fundaron hospitales religiosos en ciudades como Barquisimeto y Caracas.

En el siglo XVIII, la salud bucal en Venezuela, estuvo marcada por el espíritu científico. La odontología adquiere un rango como profesión a partir de la creación de los “*Collegios*” y posteriormente, de las nacientes universidades.

En el siglo XIX se desarrolla la medicina científica y la odontología restauradora. Fueron los franceses los primeros cirujanos dentistas que llegaron a América, con ello Pierre Fauchard, el cual trató de oxigenar un quehacer menospreciado, tratándolo de llevar a una profesión independiente. De manera, que el campo de la salud bucal estuvo bajo la influencia francesa. Sin embargo, con el pasar del tiempo, esta influencia fue desplazada por la norteamericana y su tecnología, difundiéndose rápidamente por Latinoamérica (Saturno, 1981).

La salud bucal de la época estaba representada por una odontología restauradora, con el uso de novedosos materiales e instrumentos provenientes de Norteamérica que minaron el mercado y le fueron dando un carácter elitescos a la profesión. La prevención y la promoción odontológica no existían y las afecciones bucales estaban condenadas a la mutilación temprana.

La labor clínica quedó limitada a la exodoncia y a la restauración protésica. Esta práctica, se difundió en mayor proporción a través del desarrollo de los anestésicos locales. Estas características le otorgaron una imagen restauradora a la profesión odontológica, centrada en novedosas odonto-técnicas, prevaleciendo la *técnica* sobre la *teoría*.

Situación que se repite y se manifiesta durante el siglo XX, coexistiendo en la salud bucal, técnicas e instrumentos en una armoniosa relación dicotómica, con absoluta ausencia de la promoción de la misma. La clínica odontológica, es la protagonista del campo y saber de la salud bucal. Aún cuando existen prometedoras políticas preventivas de salud bucal en el Estado venezolano, como la fluoración de las aguas o el desarrollo de un sistema de salud que enfatiza la promoción y la educación de la salud bucal, los datos socio-epidemiológicos reflejan una abismal distancia entre el discurso y la acción.

En la Venezuela actual, el Ministerio Popular para la Salud y el Desarrollo Social ha implementado políticas públicas dirigidas a impactar en la calidad de vida y salud de la población apelando a la universalidad, la igualdad y la equidad., como principios rectores.

En el año 2002, se formuló el Plan Estratégico Social (PES), como un instrumento de planificación de políticas de salud y desarrollo social (MSDS, 1999b). El objeto principal del plan, estuvo dirigido a producir transformaciones en las condiciones de vida del pueblo venezolano, con un nuevo orden social respondiendo a las necesidades sociales, con universalidad y equidad, mejorando las condiciones de vida, con autonomía como seres humanos y ciudadanos.

Se entiende la calidad de vida como el bienestar, felicidad, satisfacción de la persona, permitiéndole posibilidades de actuar o funcionar en un momento dado de la vida. Se trata de un concepto muy amplio, influido de modo complejo por la salud física del sujeto, estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como, su relación con los elementos esenciales de su entorno.

La estrategia de promoción de la calidad de vida, es el esfuerzo colectivo que busca la preservación y desarrollo de la autonomía de los individuos y colectividades, para hacer efectivos los derechos y la equidad (MSDS, 2002).

El desafío consiste en transformar las condiciones de calidad de vida, con la aplicación de instrumentos que tengan impacto en la superación del déficit de respuesta a las necesidades de calidad de vida y reducción de las brechas de inequidad social.

Para el período 2007-2013, el Ministerio del Poder Popular para la Salud, formula el Plan Nacional Simón Bolívar como proyecto de Estado (Chávez, 2006). Este proyecto, nace a partir de la construcción de una cultura social incluyente, como un instrumento de planificación de políticas de salud y desarrollo social, basado en la máxima felicidad social.

El plan está dirigido a crear un nuevo modelo social humanista, productivo y endógeno, que permita producir capacidades de cambio en las condiciones de calidad de vida del pueblo venezolano con un nuevo orden de justicia y bienestar para la comunidad, respondiendo a las necesidades sociales de todas las personas y colectivos, con universalidad y equidad.

Las directrices de este Plan, están orientadas a lograr la solidez de la democracia protagónica en su carácter participativo, ético solidario; aspectos dirigidos hacia la constitución de una ciudadanía y una cultura política democrática. El poder político, esta orientado a garantizar el bienestar social y la igualdad real de todos los miembros de la sociedad, con el objeto de combatir a las inequidades

sociales, razón por la que la justicia está por encima del derecho y la ley, aunque los presupone. Se garantizan las condiciones materiales para el ejercicio real de los derechos a la educación, la salud, el trabajo y la recreación.

Esta nueva institucionalidad pública de gestión social está en función del interés colectivo, donde queda implícita la salud bucal como un derecho de todos los ciudadanos y ciudadanas. El derecho a la salud, pasa a ser un derecho social fundamental en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (2000). El Estado recupera su papel rector en la construcción del Sistema Público Nacional de Salud con carácter “*intersectorial, descentralizado y participativo*”.

La Constitución además de hacer valer los derechos, hace hincapié en los principios de universalidad, equidad, corresponsabilidad, solidaridad, protagonismo y participación implicando una nueva relación Estado-Sociedad, donde las comunidades protagonizan su papel en la formación, ejecución y control de la gestión pública, incluyendo a la salud como parte de la cosa pública, la cual es abordada a través de las políticas públicas del Ministerio de Salud y Desarrollo Social.

Este Ministerio tiene como prioridad el logro de la estrategia de Atención Primaria en Salud, a través del sistema operativo Modelo de Atención Integral (MAI) que considera a la salud bucal como la inclusión de actividades de profilaxis de caries, *obtención, limpieza y extracción de piezas*” (MSDS, 1999a). En los decretos del

MAI, se observa como la promoción sigue estando totalmente ignorada, asumiendo como eje fundamental la curación, más que la prevención.

En la actualidad se reconoce, que la capacidad de la salud pública venezolana en el sentido de mejorar las condiciones de la salud bucal es débil, aún cuando en el ámbito nacional se contemple un intento de un nuevo modelo de gestión de salud, representado por la misión Barrio Adentro (B.A) (MPPS, 2007).

La misión Barrio Adentro., implica un programa masivo de salud del Ministerio de Salud y Desarrollo Social (2003) en el marco de un convenio Venezuela-Cuba. Surge como respuesta del Estado Venezolano a la solución de las principales necesidades sociales y de salud, siendo el punto de partida para el desarrollo de la red de atención primaria, prevista en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999), en el Proyecto de ley Orgánica (2002) y en el Sistema Público Nacional de Salud.

El propósito de la misión Barrio Adentro, consiste en construir un sistema de atención primaria, adelantando programas preventivos de atención y penetración hacia las comunidades de difícil acceso y difícil cobertura garantizando de esta forma, la inclusión de toda la población a los servicios de salud, mediante un modelo de gestión de salud integral encaminado al logro de un bienestar general del individuo.

La misión se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad y presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, necesarios para la resolución de los problemas. Uno de sus objetivos específicos, es el de fortalecer la red ambulatoria haciendo énfasis en la promoción de salud y calidad de vida, abarcando la salud bucal de la población venezolana.

La misión se fundamenta en el concepto de salud integral, el cual trasciende la visión reduccionista, conceptualizando la salud como un componente de la calidad de vida.

Barrio Adentro se basa además, en la aplicación de los resultados pertinentes de las investigaciones sociales biomédicas y sobre servicios de salud, y en la experiencia acumulada en materia de salud pública. A pesar de poseer un fundamento teórico bastante integral tanto en los niveles de prevención, como los sistemas de atención de la salud bucal. La concepción que sigue predominando es una *“odontología fraccionada restauradora y mutilante”*.

### ***1.3. Dimensionalidad de la mirada.***

Abordar una temática como la salud bucal y sus representaciones sociales, definió el norte de esta indagación. Norte que estuvo centrado en rastrear las representaciones sociales que en torno a la salud bucal han construido los

profesionales (odontólogos y odontólogas), que ejercen en la Misión Barrio Adentro, en el Estado Carabobo tanto en zonas urbanas como rurales, a fin de aproximarnos a lo simbólico construido. De esta manera, fortalecer los espacios de formación académica, contribuyendo a generar una matriz teórico conceptual en torno a la salud bucal, que permita impactar las agendas publicas. Así como, repensar sus saberes y su práctica dentro de una visión integral e integradora.

Para lograr el propósito planteado se formularon las siguientes miradas, las cuales quedaron definidas obedeciendo a criterios muy precisos.

- Rastrear las representaciones sociales del ser-persona y el ser-profesional.
- Precisar las representaciones sociales que sobre la comunidad construyen los/las profesionales de la salud bucal.
- Visibilizar las representaciones sociales que sobre la salud bucal construyen los/las profesionales.

### ***1.3.1 Mirando a la Salud Bucal desde las Representaciones Sociales.***

Como docente de la facultad de Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo en el Departamento de Salud Odontológica Comunitaria, y como parte integrante del equipo que conforma el II Estudio Nacional de Crecimiento y

Desarrollo Humanos de la Población Venezolana, aspectos odontológicos, a través de la Fundación Centro de Estudios Biológicos sobre Crecimiento y Desarrollo (FUNDACREDESA), donde a la salud bucal se aborda desde lo cuantitativo, se meda la oportunidad de desarrollar esta tesis.

El producto de la tesis puede generar nueva información que serviría no solo para el rediseño de los planes de estudios de la Facultad, sino también, para el rediseño de políticas y programas de salud, orientados a mejorar las condiciones y calidad de vida de la población venezolana.

El diagnóstico de las condiciones de salud bucal de la familia venezolana del siglo XXI objetivo del II estudio nacional de FUNDACREDESA, se operativaza desde la metodología cuantitativa. Como integrante de la comisión encargada de los aspectos odontológicos de dicho estudio, nació la necesidad de conocer la percepción de la salud bucal desde los subjetivo, desde el ser, así como, la necesidad de conocer las representaciones sociales que los profesionales del área construyen sobre el componente bucal de la salud, a fin de visualizar el ser y el hacer odontológico, aproximándome a lo subjetivamente construido.

En Venezuela no ha habido un correcto abordaje de la salud bucal, el modelo que ha guiado a las políticas de salud se ha desarrollado desde la planificación normativa. Esta planificación surge a partir de los Ministros y desde los Ministerios y

no desde las necesidades de la comunidad. Es un modelo que sigue un abordaje vertical que solo responde a una ratio-técnica y a una total desvalorización de otros saberes.

Modelo que se reproduce en los espacios académicos, formando un recurso humano a espaldas de la realidad social.

Una manera de aproximarnos al conocimiento del sentido común, es a través de la teoría de las representaciones sociales. Teoría que emerge desde el campo de la psicología social. Hacer referencia a las representaciones sociales es indagar sobre el sentido común, es otorgarle sentido al conocimiento cotidiano, producto de las interacciones sociales y de las modificaciones que sufre el conocimiento científico al ser convertido en conocimiento del sentido común.

La orientación final de la tesis, consistió en una aproximación a la construcción simbólica de la salud bucal, generando un motivo de causa para la reformulación de los planes de estudio de las facultades de odontologías nacionales y de las políticas públicas del Estado, orientadas a alcanzar las nuevas metas y estrategias del milenio formuladas por la OMS/OPS para el 215, en torno a la salud bucal.

Conocer las representaciones sociales desde los profesionales, me acercan a una explicación válida, sobre los mecanismos por medio de los cuales los factores sociales inciden sobre la problemática de salud bucal en la población venezolana

La aproximación a lo simbólico de la salud bucal lograda a través de la teoría de las representaciones sociales, permite una nueva mirada de la salud bucal y de las implicaciones y consecuencias que esta conlleva.

## CAPÍTULO II

### *Representaciones Sociales.*

#### *Una aproximación al conocimiento del sentido común.*

El conocimiento del sentido común, como conocimiento socialmente elaborado y compartido, es el punto de partida para comprender la polisemia de las representaciones sociales y dar cuenta de la relación dialéctica entre el discurso y la sociedad. Una semiótica social, tejido de enlace destinado a descubrir lo simbólico construido, espacio privilegiado donde se condensa los modos de producción de la vida cotidiana.

#### 2.1 *Como conocemos lo que conocemos.*

Las teorías clásicas del conocimiento fueron las primeras en formularse interrogantes tales como: *¿cómo es posible el conocimiento?* o *¿cómo conocemos lo que conocemos?*. Existen postulados comunes que aceptan que las diversas formas de conocimientos, son incompletas. Entre los grandes filósofos que fundaron doctrinas particulares en cuanto a las formas de conocimientos se tienen al realismo trascendental de Platón, las creencias Aristotélicas de las formas permanentes del conocimiento, las ideas innatas de Descartes, la armonía preestablecida de Leibinz, los cuadros a priori de Kant, o los postulados de Hegel en cuanto a la historia de las producciones sociales de la humanidad. A partir de la modernidad, el conocimiento

científico determinó un conjunto de verdades definitivas, impermeables a la a la revisión y reorganización reflexiva, con la lógica natural inmutable de Comte

Epistemológicamente se define al conocimiento, como una creencia verdadera sistemáticamente justificada, por lo que propone criterios que justifique la verdad, ya sean criterios comunes de la vida cotidiana o criterio científico (Van Dijk, 1999). Este autor reconoce que los criterios son histórico-sociales y culturalmente variables. Esto explica, la naturaleza cambiante del conocimiento.

Las ideas aristotélicas sobre el conocimiento se fundamentaban en el racionalismo como un proceso de observación e inducción, que permitía la explicación lógica de los hechos. Aristóteles fue el gran sistematizador que ordenó y fundó las distintas ciencias. La postura de Galeno en cuanto a la producción del conocimiento conlleva a la visión mecanicista y funcional (González, 2005).

A partir de los desarrollos de la física galileana, la teoría del conocimiento se presenta como un tema preocupante en la modernidad Preocupación asumida por Descartes (1974) manifestando, que el conocimiento es siempre y en todo momento conocimiento cierto y evidente, en caso contrario no es conocimiento. Esta evidencia se obtiene mediante dos acciones del entendimiento legítimas como la intuición y la deducción.

La intuición para el descubrimiento, corresponde a las primeras verdades del conocimiento; mientras que la deducción, consiste en la fundamentación del resto de verdades (Rorty, 1995). La reacción cartesiana contra el escepticismo, sumado su interés por la ciencia va a significar en Descartes, el afianzamiento en el rechazo del error y en la búsqueda de la verdad. Reacio a aceptar los argumentos de los escépticos que afirman la imposibilidad de que haya algún conocimiento verdadero, Descartes se dispone a investigar con el fin de determinar algo con certeza: incluso si ese algo es que no puede haber conocimiento verdadero alguno. Mediante sus *meditaciones* y su *método* intentó dar respuesta al escepticismo reinante. Su estrategia no fue el rechazo o la negación de la duda sino su aceptación hasta las últimas consecuencias. Es decir, utilizó la duda como método y sometió todo conocimiento a duda, con el fin de encontrar una verdad de la que ya no pudiese dudar ni el más escéptico.

La teoría del conocimiento de Leibniz (citado por Dessiato, 1995), es culminación de la epistemología racionalista iniciada por Descartes. Este filósofo habla sobre la necesidad de una reflexión lógica y psicológica sobre el pensamiento y el objeto; propone un abordaje psicológico sobre el conocimiento humano, investigando el origen de las ideas, de los pensamientos y si la realidad coincide con el pensamiento. Observa dos verdades, una “de hecho” basada en la razón, esta en una facultad que le permite al ser humano identificar conceptos, cuestionarlos, hallar coherencia o contradicción entre ellos, y así, inducir o deducir otros distintos de los

que ya conoce, esta verdad debe ser real. La otra verdad es “de razón”, se basa en el entendimiento y no en la experiencia, debe tener algún grado de contradicción, ser real e intangible, o sea, presentar un criterio a la verdad. Con base en estos dos puntos Leibniz llego a formular su teoría del conocimiento la cual ha tenido gran repercusión en el mundo.

Kant (1797) no duda que el conocimiento científico, universal y necesario, es posible; reconoce que el conocimiento de este tipo no puede tener su fundamento en la mera costumbre. Por ello no se pregunta por la posibilidad, sino por las "*condiciones de posibilidad*". Su teoría le permite encontrar el suelo firme para la Ciencia, no en la realidad ni en la cosa en sí, sino en el propio sujeto, portador de formas universales que obtienen de la experiencia la materia indispensable para construir su objeto de conocimiento, el *fenómeno*. La elaboración de su conocimiento está construido a priori, por la razón. Este saber se fundamenta en la *metafísica racionalista wolfiana*, basada en el principio de contradicción, la cual era elaborada a partir de conocimientos que no dependían de la experiencia.

Asimismo Hegel (1807), rechaza la separación que la filosofía moderna hace, incluyendo la kantiana, entre sujeto que conoce y el objeto externo. Esta separación sirve para justificar el escepticismo que niega el conocimiento completo de la realidad, y por otra parte, para concebir al pensamiento como algo formal, que para ser verdadero tiene que llenarse con la información procedente del mundo externo.

Frente a esta visión del conocimiento, Hegel defiende una identidad entre sujeto que conoce y lo conocido. A partir de este argumento, sostiene que el conocimiento es absoluto, pues siempre tiene la totalidad de las determinaciones del objeto.

Es cierto que la herencia positivista ha dejado un criterio valorativo del conocimiento científico que es pragmático y mecánico, desprendiéndose la concepción que solo el dato científico, repetible y medible es verdadero; atributos que según Montero (1994) en muchos casos se busca en la presentación estadística de los resultados.

Hoy en día, estas verdades son incompletas ya que no dan respuestas a una serie de interrogantes. Al contrario crean nuevas influencias que convergen en una serie de factores, que hacen pensar en el conocimiento como un proceso, más que un estado. Razón por la que germinan ciencias más jóvenes como la sociología, la psicología o la nueva psicología social, a fin de desentrañar procesos comunes y constantes de la vida social del sujeto, estudiando el conocimiento desde lo social, considerando el sentido común, la inertsubjetividad, lo personológico.

La integración sociedad-subjetividad, como sociedad-sentido común en el marco del estudio del conocimiento social, tiene un profundo sentido metodológico en todos los niveles que éste se articula a la sociedad, y como lo expresa Montero (1994) es un gran aporte para el conocimiento desde lo social.

## ***2.2 Representaciones Sociales.***

### ***Epistemología del sentido común.***

La interpretación del mundo intersubjetivo como un universo de significación, se hace desde el conocimiento del sentido común, el cual debe ser interpretado para la orientación y conducción. Esta interpretación, se basa en un acervo de experiencias anteriores que son propias o transmitidas, y que funcionan como un esquema de referencia en la forma de *conocimiento de primera mano*.

El término intersubjetividad, proviene de la tradición hermenéutica de la filosofía. Mardones (1991:403) la define como “*relación y acuerdo existente entre varios o todos los sujetos*”, por lo que este término concierne a las relaciones entre los diferentes sujetos humanos.

Se entiende que la estructura de la vida es una retícula trinodal, donde junto al nudo de la realidad subjetiva individual y al de la objetiva institucional, aparece una nueva realidad denominada “*intersubjetividad*”. Esta realidad no está dentro de los individuos y por lo demás tampoco fuera, sino entre los individuos y las instituciones, que no encarna ni en los unos ni en los otros, sino en una tercera naturaleza incuantificable e impecablemente real hecha de comunicación (Habermas, 1982). Es decir es una realidad constituida por símbolos, significados y sentidos procesándose,

que no pertenecen a nadie, pero que protagoniza a los que pertenecen a ella, cuyo objetivo es en última y primera instancia, la colectividad, y parafraseando a Lefebvre (1983: 161) es aquella realidad donde “*siempre hay el otro*”.

La realidad intersubjetiva ocupa un papel de mediadora entre las realidades objetivas y subjetivas. Según Rodríguez (1996), supone un campo pleno de tensiones, discontinuidades, desgarramientos y fragmentaciones que remiten al vasto mundo de las relaciones del individuo con el lenguaje, el deseo y el placer.

La intersubjetividad, es absurda sin un sujeto y sin la presencia de una comunicación de interpretación, por tanto, se requiere de un sujeto comunicativo con una serie de signos (Ego), de “otro” sujeto interpretativo (Alter) y de un mundo que representa el objeto, aún cuando se trate de un objeto socialmente significativo. Los símbolos y significados que se encuentran en movimiento, constituyen el mundo de la gente, la interpretación que está en juego, conforma la cultura cotidiana. Las intersubjetividades en conjunto conforman la cultura en general o el sistema cultural de una sociedad, cuya función, es la de conferirle sentido a la vida. En tanto que la intersubjetividad aparece desde la perspectiva individual, hasta una menos reflexiva que conforma la perspectiva colectiva. En este sentido Fernández (1994:88) afirma, “*donde hay símbolos lingüísticos o iones que son comunicados o comunicables, hay intersubjetividad*”.

Van Dijk (1999), en sintonía con la discusión precisa que la intersubjetividad asociada con las representaciones sociales, implican una aproximación constructiva-cognitiva que permite explicar las imágenes, creencias, planes, expectativas, esperanzas, ilusiones, así como también los sesgos personales de la percepción y la comprensión del mundo.

La intersubjetividad ha sido estudiada por la psicología social, ocupándose de la comunicación ordinaria, de la vida cotidiana, por ende del sentido común. El conocimiento del sentido común, supone construcciones de objetos de pensamientos, conjunto de abstracciones, generalizaciones, formalizaciones e idealizaciones. Los hechos puros no existen, se trata siempre de hechos interpretados. El mundo social es un mundo preseleccionado y preinterpretado por los seres humanos que viven, piensan y actúan en él, es la realidad de la vida cotidiana que se conoce mediante las construcciones del sentido común. Esos objetos de pensamiento determinan la conducta, definen el objetivo de la acción y los medios disponibles para alcanzarlo, en suma, ayudan a orientarse dentro de su medio sociocultural y a relacionarse con él (Schütz, 1972; López, 2008).

El conocimiento desde el sentido común, permite elaborar un nuevo conocimiento que concibe a la vida en pares, hechas de dos realidades complementarias, alternadas o antagónicas (Schütz y Luckmann 1977; Mardones, 1991). El sentido común ha sido abordado a través de la psicología social, como una

organización de conocimientos y lenguaje encontrada en los distintos tipos de conocimientos, desde un nivel más intelectual o racional, hasta el nivel de creencias o de comunicación relacionado con la intersubjetividad.

Este es una forma de conocimiento que se adquiere por medio de la experiencia y a través de los sentidos. Es un conocimiento espontáneo en su origen, que refleja de un modo disperso a la realidad, basada en la convención; por ello puede calificarse de espontáneo, disperso y convencional. Espontáneo, por ser producto de la necesidad y dar solución inmediata a problemas particulares. Disperso, ya que se limita a explicar los hechos aisladamente. Convencional, debido a que este tipo de conocimiento se basa en la tradición (Mardones, 1991).

En pocas palabras, el sentido común es el conocimiento espontáneo, ingenuo y natural, que tanto interesa en la actualidad a las ciencias sociales, que habitualmente está en oposición al pensamiento científico. Este conocimiento se constituye a partir de las experiencias, pero también de las informaciones, conocimientos y modelos de pensamiento que se reciben y se transmiten a través de la tradición, la educación y la comunicación social. En muchos aspectos, es un conocimiento socialmente elaborado y compartido, como lo refiere Jodelet, “*se trata, además de un conocimiento práctico*” (1986: 473).

La equiparación entre representación social y sentido común cumple una doble función, la primera está dada por la habilitación metodológica, pues las representaciones sociales se objetivan y convierten en cosas o en hechos sociales en el sentido común. Las representaciones constituyen el propio sentido común, tornándose observables y accesibles al observador externo. La segunda función tiene que ver con el rescate del sentido común, como lo refiere Rorty (1995), el sentido común es salvado del abismo pre-lógico, al cual había sido desterrado por la psicología y sociología clásicas. Este destierro lo lleva a situarse en las formas de pensamiento. De esta manera, el sentido común se constituye como una forma más del pensamiento social, cualitativamente equiparable a cualquier otra.

A partir de este pensamiento social, nacen las representaciones como teorías del sentido común. Se conciben a las representaciones sociales como la suma de las representaciones de los individuos que componen una sociedad, donde prevalece lo social sobre lo individual, y sinérgicamente lo individual sobre lo social. Se definen como conjuntos dinámicos que producen un nuevo comportamiento, guiándolo y remodelándolo. Mientras que la psicología clásica concibe a las representaciones como un proceso mixto entre el concepto (intelectual) y la percepción (sensorial), donde representar algo y tener conciencia de ese algo, es un solo proceso. La psicología social, las considera como un proceso recíproco de concepto y percepción intercambiable.

Aún cuando, el término de representaciones sociales ha sido abordado clásicamente por la psicología y la filosofía, toma vigencia con el psicólogo Serge Moscovici al publicar su tesis doctoral *La Psychanalyse: son image et son public* en 1961, e inaugura el comienzo de la época moderna de la Psicología Social. Es cierto que fue Durkheim en 1898, quien empezó a hablar de “*representaciones colectivas*”, en el campo de la sociología. Este investigador trata de constituir a las representaciones colectivas en un objeto de estudio autónomo; además, pretendió señalar la especificidad del pensamiento colectivo en relación con el individual.

Durkheim (1898) partía del supuesto que las representaciones individuales existían pero no eran adecuadas para el trabajo científico social, ya que eran subjetivas, heterogéneas y permanentemente cambiantes, adoptó el término de “*representaciones colectivas*” a las cuales consideraba universales, impersonales y estables, designándole especificidad al pensamiento social, con respecto al pensamiento colectivo. Las representaciones colectivas se sedimentaban en mitos, folklore, religiones, arte entre otras, para llegar a los imposibles variantes de la condición humana (Rodríguez, 1989). Siguiendo la perspectiva Durkheimiana, las representaciones colectivas constituían un conjunto de ideas propias de una colectividad para la comprensión e interpretación de la realidad.

La noción de representaciones colectivas de Emile Durkheim, autoriza a articular tres modalidades de relación con el mundo social. En primer lugar la clasificación de las múltiples configuraciones intelectuales, por las cuales la realidad esta contradictoriamente construida por los diversos grupos sociales; en segundo lugar, las prácticas que reconocen una identidad social y exhiben una manera de ser y significar simbólicamente en el mundo; y tercero, las formas institucionales y objetivas, en donde los representantes (instancias colectivas o individuos particulares) marcan y perpetúan la existencia del grupo o comunidad (Chartier, 2005). En función de lo relatado se abren dos vías, una que permite la construcción de identidades sociales, resultante de la relación forzada por las representaciones impuestas por grupos de poder, y la otra, dada por la división social como resultado de la representación que cada grupo hace de si.

Durkheim (1998) afirmaba que las representaciones colectivas son fuerzas mayores, más eficaces que las representaciones individuales y consideraba el principio de la causalidad como fundamento de su método científico. Este autor, se le considera el sociólogo de la explicación de la realidad social y psíquica. Acepta la idea de los universales abstractos, e inicia su trabajo con la observación de casos concretos que debidamente purificados y depurados, dan lugar a la creación de especies generales y auténticas representaciones objetivas de la realidad. El objeto de estudio para Durkheim, era de carácter social y supone los hechos sociales como

externos y coactivos, aunados a la conservación de un método científico, adaptado a una realidad social.

Weber (1994), hacia referencia a las representaciones individuales, afirmando que la acción social no existe fuera de la subjetividad individual que la constituye. El objeto de estudio estaba dado por la acción social, y mantenía la creencia que la sociedad es tan especial que no admite su inclusión en el campo científico. Enfatiza el fenómeno social y reconoce la importancia de sentido, que el propio individuo da a su conducta.

Los conceptos de colectividad, grupo, asociación, en definitiva, de sociedad, no tienen para este autor un contenido específico, lo social es concebido como acoplamiento de individuos, o más exactamente, de acciones individuales (Raymond, 1970). De esta forma, se opone por completo a la definición de hechos sociales, externos y coactivos durkheimianos. Estas acciones, de ninguna manera se deben confundir con conductas puramente reactivas, por lo que es esencial la existencia de un sentido subjetivamente mentado.

A Weber se le considera el sociólogo de la *comprensión* de la realidad social e histórica desde adentro, que acepta la validez de los universales concretos. Ruiz e Ispizua (1989), expresan que este autor parte de casos concretos para elaborar tipos ideales y generalizaciones que no representan la realidad objetiva, pero sirven para

conocer el significado cultural de las relaciones sociales que existen en la realidad concreta.

Fueron estas, las primeras aproximaciones en torno a las representaciones. Ambos autores adoptan caminos alternativos enriqueciendo la tradición estructural e intersubjetividad. Weber expone una concepción sociológica basada en los pilares del sustrato intersubjetivo, el énfasis de la sociedad como portadora de sentido y la causalidad como elemento de la comprensión del sentido, producto de operaciones lógicas previas a la contrastación empírica. Por el contrario, Durkheim considera al hecho social, como exterior y productor de coacción al individuo.

Moscovici bajo la influencia de Durkheim reelabora el concepto en la década de los cincuenta, haciendo una articulación formal de las representaciones sociales como teoría y método en psicología, particularmente en psicología social. Después de cuatro décadas se ha multiplicado el estudio de este concepto no sólo en Francia y en Estados Unidos, sino en el resto de Europa y América Latina

De cualquier forma, se considera a las *representaciones sociales* como la suma de las representaciones de los individuos que componen una sociedad donde prevalece lo social sobre lo individual. Definiéndolas como conjuntos dinámicos que producen un nuevo comportamiento, guiándolo y remodelándolo. Por lo que difieren de las nociones sociológicas y psicológicas por su creatividad y especificidad en la

vida colectiva, en donde los símbolos determinan la comunicación, los valores y las ideas compartidas. Moscovici, utilizó el adjetivo “*social*” por considerarlo más adecuado para las sociedades modernas, debido que la teoría toma seriamente la información sobre el objeto de estudio en la sociedad. Pensando que las sociedades presentan características dinámicas y cambiantes y no compartidas, siendo esto el principal factor que lo diferencia de las “*representaciones colectivas*”.

El fundamento de esta teoría está basado en la construcción social de la realidad, arraigada en actividades cotidianas que son compartidas, descriptibles y analizables. Es una posición intermedia entre el concepto que abstrae el sentido de lo real y la imagen que reproduce lo real. Las percepciones y los conceptos son productos, modos de conocer derivados de lo icónico y de lo simbólico respectivamente. En consecuencia, Ibáñez (1988) al igual Banchs (1999) expresan esta relación como de interacción social.

Las representaciones sociales aparecen en las sociedades modernas en donde el conocimiento está continuamente dinamizado por las informaciones que circulan y que exigen ser consideradas como guías para la vida cotidiana. A diferencia de los mitos, las representaciones sociales no tienen la posibilidad de asentarse y solidificarse para convertirse en tradiciones, ya que los medios de información de masas, exigen el cambio continuo del conocimiento.

La representación social no es un elemento fácil de captar como lo expresa Moscovici (1979). Ibáñez (1988) argumenta que la dificultad para su captación radica en que es un concepto híbrido, donde confluyen nociones sociológicas como cultura e ideología, así como, nociones psicológicas, donde entran en juego la imagen o el pensamiento.

Dentro de una conceptualización poliédrica, consisten en la percepción mental de la realidad que transforma los objetos sociales y su contexto, en categorías simbólicas (valores, creencias, ideologías), confiriéndole un estatuto cognitivo, que interviene en la conducta de los individuos enmarcado en las interacciones sociales. Es una posición intermedia entre el concepto que abstrae el sentido de lo real y la imagen que reproduce lo real. Las percepciones y los conceptos son productos, modos de conocer derivados de lo icónico y de lo simbólico respectivamente. El investigador inglés Robert Farr, (2003:172), gran difusor de las representaciones sociales, afirma que *“una representación es social, si está o ha estado en una o más veces, el punto clave es como ésta sale de una mente en una forma tal que otra la pueda tomar e interpretar”*, ya que el objeto de estudio circula en la sociedad.

Moscovici en 1973, las define como:

*“Sistemas de valores, ideas y prácticas que tienen una doble función: en primer lugar, establecer un orden que permita a los individuos orientarse en su mundo social y material y dominarlo; y en segundo término, permitir la comunicación entre los miembros de una comunidad, aportándole un código para el intercambio social y un*

*código para dominar y clasificar de manera inequívoca los distintos aspectos de su mundo y de su historia individual y grupal”.* (Duveen y Lloid, 2003:29-30).

Ibáñez (1988) expresa en el mismo sentido que, la *representación social* constituye en parte el objeto que representa. No es el reflejo interior, es decir situado en la cabeza de los sujetos de una realidad exterior, sino que es un factor constitutivo de la propia realidad.

La mirada que hace Lefebvre (1983), es concebirlas como mediaciones donde las representaciones son afectadas por toda la externalidad del sujeto. Lo externo mediatiza al sujeto, haciendo que asuma posturas ideológicas, formas de pensar y actuar, donde convergen los distintos planos externos sociales, psicológicos e ideológicos.

Fernández (1994), entiende igualmente a las representaciones como símbolos mediadores de toda relación humana donde las leyes, normas, ideologías, conocimientos, la ética, estética y utopía, entre otras, son construcciones simbólicas hechas por las relaciones sociales que rigen la realidad y cuya transformación altera la vida cotidiana..

Jodelet sostiene que es una forma de conocimiento corriente, llamada sentido común y caracterizada por las siguientes propiedades:

*Es socialmente elaborada y compartida; tiene un fin práctico de organización del mundo (material, social, ideal) y de orientación de las conductas y de la comunicación; participa en el establecimiento de la visión de la realidad común a un grupo social o cultural determinado (1991:668).*

Ahora bien, Calonge (2000:17), manifiesta *“Las representaciones sociales son siempre la representación de alguna cosa por alguien”*. Vistas desde este ángulo, ellas surgen como un proceso de elaboración mental donde se toma en cuenta la historia individual de la persona, en el que se toma en cuenta la historia de la persona, su experiencia y construcciones personales propiamente cognitivas, contradiciéndose en ocasiones con la ideología imperante. O como expresa Moscovici en su dialogo con Marková (Moscovici y Marková, 2003:124), *“las representaciones son instituciones que compartimos y que existen antes que accedamos a ellas, por lo que se forman nuevas representaciones a partir de las anteriores o en contra de ellas”*.

Las representaciones sociales consideradas como organizaciones de creencias, se encuentran en los diversos tipos de conocimientos, tienen como objeto *“estudiar como el juego de la ciencia, se convierte en parte, en el juego del sentido común”* (Moscovici, 1985:680). Por tanto, *“son condensadoras de valores, conceptos e ideas a partir del sentido común”* (González, 2005:149).

Esta teoría plantea la colocación social de un mundo entrelazado por medio de símbolos, expresando una construcción social y cultural en la historia, garantizando

la interacción de los procesos a través de un sistema de códigos compartidos, la comunicación, la interacción y la cohesión social. Estos procesos interactivos según Zaccagnini (2000) resultan ser los mediadores de las prácticas sociales, que definen la llamada conciencia colectiva.

Se trata de una disciplina crítica con sentido histórico social, cuyo comportamiento va a estar marcado por:

- a) Las condiciones de circulación de las representaciones sociales: intercambios de saberes, de experiencias y vivencias.
- b) Funciones sociales: construcción de una realidad, lo que piensan, desarrollo de una identidad personal y construcción de conocimientos.
- c) Condiciones de comunicación de las representaciones: medios formales como libros, periódicos, informales e imágenes. Esta última ha permitido la vulgarización del conocimiento científico formando el bagaje intelectual del hombre común, actuando favorable o desfavorablemente a la asimilación de conocimientos, lo que determinan el comportamiento del individuo ante una enfermedad en cuanto a su manejo y atención (Jodelet, 1997).

Suele ser común que la noción de representación social sea confundida con conceptos propios de la psicología social, tales como actitud, opinión, imaginación y percepción, los que también juegan un papel importante en la sociología (Herzlich, 1973). La *Imagen* es simplemente una función doble de un estímulo exterior ya sea

del pasado o hacia el futuro, es percibir, con lo que juega una función de selección; es una especie de fotografía del mundo externo. La *Opinión*, es un concepto que lo refiere a una respuesta manifiesta, verbalizada, con posibilidades de medición y cuantificación. La *Actitud* es una respuesta anticipada y una preparación directa para la acción, es decir, es la situación previa a la conducta propiamente dicha; y la representación es un proceso de construcción de lo real que actúa sobre el estímulo y la respuesta, orienta la respuesta en la medida que modela el estímulo.

Las representaciones sociales son características de esta época principalmente por la abundancia de las informaciones circulantes, por su vigencia relativamente breve como opiniones y la consecuente improbabilidad de estructurar tantas ideas en un esquema teórico permanente. Es decir, el sentido común se impone como la explicación más extendida y determinante de las relaciones de intercambio social. Por ello, su análisis y deconstrucción se presenta como una vía de abordaje deseable y pertinente. El énfasis en el estudio de las representaciones sociales es más cercano al de una sociología del conocimiento, considerándose como una epistemología del sentido común. Su objetivo consiste en conocer el sistema lógico del pensamiento social, sus contenidos y su relación con la construcción mental de la realidad, otorgándole una identidad social al grupo. La cual plantea la colocación social de un mundo entretejido por símbolos, que expresa una construcción social y cultural en la historia.

La divulgación del conocimiento científico al sentido común, socializa a la ciencia. Genera interpretaciones y actuaciones en las conductas de las personas al encararlas activamente, ya que una representación *“habla como muestra y comunica como expresa”*. Conceptualizada de esta forma, se interpreta como una manera de apropiarse del mundo exterior por medio de la transformación del conocimiento indirecto en un conocimiento directo, elevándola al mundo de la conversación y dándole sentido a la sociedad y al mundo al cual pertenecen. Constituyendo esto la filosofía de la experiencia indirecta o de la observación (Moscovici, 1996).

El acto de representación es un acto de pensamiento por medio del cual un sujeto se relaciona con un objeto, en el sentido que *“representar es sustituir a, estar en lugar de”*. La representación es el *representante mental* de algo: objeto, persona, acontecimiento, idea u otros. Por otra parte, representar es *“hacer presente en la mente, en la conciencia”*. (Jodelet, 1986: 475) Aunque las representaciones son siempre *“la representación de alguna cosa por alguien”*, o *“una representación de algo”*, estas van a estar influenciadas por la historia y las creencias religiosas, culturales y políticas del contexto social dominante, en donde se desenvuelven los individuos; permitiendo comunicarse, integrarse y establecer una relación de cotidianidad que deja huellas de una sociedad a otra, reconstruyendo.

A partir de las relaciones sociales y la comunicación inmediata, generada por la cotidianidad, se sustituye y reconstruye la ciencia y las ideologías que modelan las estructuras de las representaciones. En donde los signos atrapan una estructura material, designándole un nombre a la “*cosa representada*”, materializándose así, los resultados. Así como los conceptos dejan de ser imágenes estables y se transforman en categorías del lenguaje, de acuerdo al grado de comprensión del grupo. Las categorías nuevas sustituyen a las ya existentes con un cambio de designación que hacen comprensible la cadena de acontecimientos. La categorización puede estar sesgada por el juicio de las personas, ya que refleja sus propios valores. Este proceso complejo, es el que orienta las relaciones grupales entre si y con el medio circundante.

Dentro del pensamiento cartesiano, el conocimiento es siempre conocimiento de un objeto por parte de un sujeto; conocimiento que se produce gracias a las *representaciones* que del objeto, el sujeto forja en la *mente*. Esta idea es vital, ya que en gran parte de la teoría de las representaciones sociales, aún se juega con la noción de la mente como ese escenario interior donde habitan las *representaciones* de objetos exteriores (Rorty, 1995). Es justamente, en este espacio epistemológico donde surge la poderosa metáfora de la mente como espejo de la naturaleza; el conocimiento se configura como un acto pasivo de contemplación, es un mirar algo por parte de alguien. No obstante, Derrida (1999) afirma que esta nueva epistemología cartesiana,

abre paso a la moderna ontología del sujeto "*como el lugar y el emplazamiento de sus representaciones*".

En las sociedades modernas, en el marco de la "Ilustración", las novedades industrializadas abrían el espacio de las creencias que podían ser negociadas potencialmente. Las sociedades heterodoxas, incluyen y aceptan la posibilidad de experiencias antagónicas como base de la conversación y de la formación de la opinión pública. Es a raíz de esta experiencia y del conocimiento contradictorio, lo que permite el tipo de discurso colectivo, que crea el llamado *conocimiento ordinario y sentido común*. Con el paradigma de la posmodernidad, las nuevas mediaciones tecnológicas de la sociedad postindustrial, hacen de la *capacidad representacional* una clave de lo específico de estos modelos de sociedad, que disuelven la presencia o instauran el simulacro o la virtualidad, la presencia sólo se producen en condiciones estereofónicas o espectaculares, que en su propia sobredimensión se mutan en representación generalizada (Lanz, 1988).

La metodología para apropiarse del componente teórico de las representaciones sociales, se considera un aspecto clave que determina el valor del estudio de las mismas. En 1996 Banchs, ubica el debate central entre la visión procesual y estructural de las representaciones sociales. La elección de la metodología está en relación con los supuestos epistemológicos y ontológicos de la investigación. Cada forma de abordaje marca un estilo de trabajo, que está en estrecha relación con los

objetivos del investigador y con el objeto de la investigación. Cuando se habla de supuestos epistemológicos, se hace referencia a los modelos de conocimientos o las formas de acceder al mismo; ahora bien, al hablar de supuestos ontológicos, se refiere a la naturaleza de la realidad social o del objeto de estudio.

La Escuela Clásica, desarrollada por Spink y Denise Jodelet, utiliza el enfoque de proceso, haciendo énfasis en el aspecto constituyente. Otro enfoque, es de la Escuela de Aix-en Provence desarrollada por Abric, Codol y Flament, el cual está centrado en los procesos cognitivos o en el pensamiento constituido. La otra escuela es la de Ginebra, su máximo exponente es Willen Doise, es conocida como la escuela sociológica, pues se centra en las condiciones de producción y circulación de las representaciones sociales (Araya, 2002).

La discusión entre los dos enfoques, de proceso y de estructura, es análoga a la discusión entre la metodología cualitativa y cuantitativa. Aunque, ambos enfoques signifiquen una manera diferente de apropiarse de la teoría, no se establece ninguna falsa dicotomía entre ellos.

El interaccionismo simbólico estructural proviene de la Escuela Iowa, ésta asume características cercanas a la psicología social cognitiva. Metodológicamente recurre al uso del método experimental, identificando la estructura de las representaciones. El pensamiento constituido, es el foco central de este abordaje, el

cual está dado por los productos o contenidos. La naturaleza del objeto de estudio que se espera aprehender son, “*los mecanismos cognitivos de constitución, como las funciones, dimensiones y elementos de una estructura cognitiva*” (Banchs, 1999:12).

Bajo este enfoque se desarrolla la teoría de núcleo central, partiendo del supuesto que toda representación tiene una estructura específica que le es propia, organizada alrededor de un núcleo central que determina la significación. Se entiende por núcleo central, al elemento o conjunto de elementos que le dan a la representación coherencia y significación global, siendo el elemento que más resistirá al cambio, ya que una modificación del núcleo, produce una completa transformación de la representación. El núcleo central está representado por el sistema de creencias y la memoria de un pueblo y están protegidos por los elementos periféricos que le permiten la adaptación de la representación a la evolución del contexto (Abric, 1994).

Los elementos periféricos están en relación directa con el núcleo central, por lo que su presencia, ponderación, valor y función están determinados por el central. Los periféricos se refieren a las experiencias individuales, evolución de las relaciones y las prácticas en que las personas están inmersas.

Los presupuestos epistemológicos y ontológicos implícitos en el enfoque estructural son: el estudio centrado sobre procesos y mecanismos de organización de contenidos, independientemente de su significado; tienen un carácter cognitivo, ya

que buscan la estructura en una representación; busca aprehender los mecanismos cognitivos de constitución, como las funciones, dimensiones y elementos de una estructura cognitiva; el abordaje se hace a través de técnicas cuantitativas.

El interaccionismo simbólico procesual, proviene de la escuela de Chicago, el cual centra su interés sobre las vinculaciones sociohistóricas y culturales que giran entorno a un objeto de estudio. El término proceso, designa los mecanismos sociocognitivos de la interacción social en la creación y mantenimiento de la práctica sociales, haciendo énfasis en el aspecto constituyente de las representaciones. La naturaleza del objeto de estudio que se pretende lograr, “*alude al conocimiento del sentido común*” (Banchs, 1999:11).

El procedimiento clásico utilizado por este enfoque, consiste en la recolección de un material discursivo de forma espontánea, por entrevistas, historias de vida, entre otros. El material recolectado es sometido a un análisis de contenido, que permite rastrear las representaciones sociales.

Los presupuestos epistemológicos y ontológicos que perfilan el foco procesual son: el objeto de estudio alude al conocimiento del sentido común y sus vinculaciones sociohistóricas y culturales; focaliza el análisis de las producciones simbólicas y el significado del lenguaje verbal y gestual, a través de los cuales los seres humanos construyen el mundo en que viven. El acceso al conocimiento es a través de métodos

de recolección y análisis cualitativos de datos, el cual puede ser hermenéutico, fenomenológico, etnográfico, interaccionismo simbólico, y otros más, donde *“el ser humano es visualizado como un productor de sentido”* (Araya, 2002:50).

El constructo de las representaciones presenta tres dimensiones: la información transferida, la imagen percibida y la actitud respondida. Dimensiones que contribuyen en el proceso de formación de las conductas, con transformaciones cognitivas que orientan las relaciones colectivas.

Las representaciones sociales se construyen sobre dos procesos mayores, la objetivación y el anclaje. La objetivación, concretiza el pensamiento social, a fin de volverlo vivaz y eficaz en la vida cotidiana, facilitando de esta manera la comunicación. En tanto que el anclaje, corresponde a la significación de los contenidos de la representación, informando sobre las raíces del pensamiento social. El anclaje interviene tanto en el comienzo, como en el final de la formación de la representación.

Entre las funciones de las representaciones sociales está la comunicación social. Los intercambios verbales de la vida cotidiana exigen además del uso del mismo, el código lingüístico y el compartir el mismo trasfondo representacional, aunque se expresen posturas contrapuestas. Otras funciones consisten en integrar novedades en el pensamiento social, transformación de conocimientos científicos en saberes del

sentido común, adaptar el pensamiento social a los cambios de la ciencia, conformar identidades personales, crear identidades en los grupos, orientar posturas y determinar conductas hacia un objeto representado. En fin, las representaciones sociales constituyen un mecanismo indispensable para el desarrollo de la vida en sociedad (Ibáñez, 1988).

Bajo ésta perspectiva teórica pueden ser analizados una vasta gama de fenómenos como, percepción social, mecanismos de comunicación, función de la ideología en la formación del sentido común y en la determinación de lo que es o no científico; las formas de pensamiento y su aplicación, las creencias y los mitos, los criterios sobre la normalidad en términos consensuales; la conformación de la opinión pública y la influencia social. Fenómenos que, dicho sea de paso, no son exclusivos de la psicología social y que ahora más que nunca se imponen como materia de análisis de cualquier estudioso que tenga en la curiosidad y en la duda sistemática sus asideros preferidos.

Ahora bien, el estudio del concepto salud desde el punto de vista de gente común, se considera un nuevo valor en la civilización occidental, lo que llaman *la nueva conciencia de salud*, la cual determina en gran medida estilos de vida y otras conductas en salud (Pierret, 1993). A esto se agrega el reconocimiento del proceso salud-enfermedad, la concepción del médico, además del conjunto de factores macrosociales (Herlizch y Pierret, 1988).

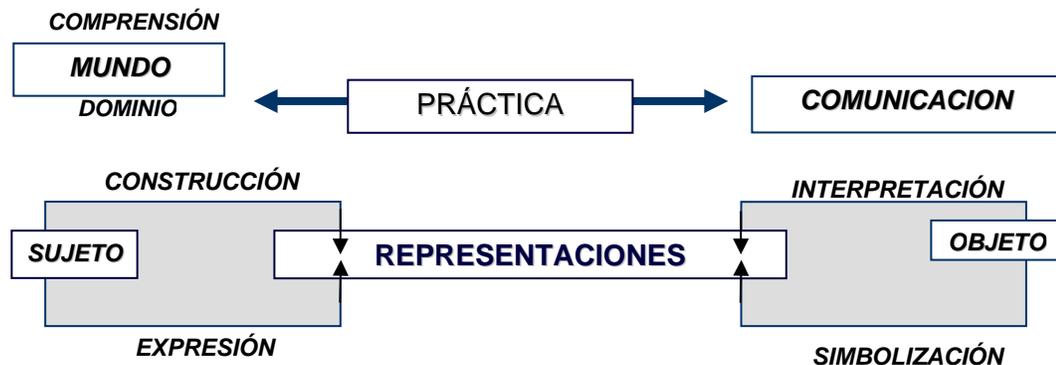
Una de las tantas aproximaciones para el estudio y comprensión de la problemática de la salud bucal, es a través de las representaciones sociales, entendiéndola como los saberes del sentido común que orienta la acción, la comunicación y la comprensión del entorno social, material o ideal (Jodelet, 1986). Por lo tanto, la concepción de la salud-enfermedad condiciona los significados, la interpretación de las sensaciones y la percepción de los cambios y potencialidades corporales que la persona tendrá. Así como también, estarán marcadas por las condiciones y el contexto social del cual emergen y las comunicaciones que circulan por la interacción con los demás. La teoría de Moscovici, concibe una interacción entre sujeto y objeto representado con la intersección de tres estructuras representacionales.

De esta manera, el contexto socio-estructural-simbólico es fundamental porque marca el contenido de la representación de la salud bucal y está dado históricamente y culturalmente por creencias compartidas y valores básicos, marcando la memoria colectiva y la identidad de la propia sociedad.

Hoy en día, se retoma la importancia social en la construcción del conocimiento, demostrando que tienen una gran plasticidad, ya que reúnen vocabularios, experiencias y conductas que provienen de orígenes diversos, disminuyendo su variabilidad, deslizando conocimientos intelectuales a los acostumbrados. En este

sentido, lo insólito se vuelve familiar, así como también, lo familiar se vuelve insólito. Una vez convertido en familiar es transformado en un objeto representado a través de signos, materializándose los significados, que además pueden seguir transformándose. Esta posición le confiere a las representaciones su propiedad dinámica.

El campo de estudio de las representaciones puede ser explicado siguiendo el esquema de Spink (1993), basado en la propuesta de Jodelet (Cuadro N° 1).



Esquema N° 1: Forma de Conocimiento  
Esquema de Spink (1993)

Este esquema, refleja dos formas de conocimientos representadas a través de los ejes: uno es el conocimiento de la práctica y el otro, el conocimiento de las representaciones sociales. El conocimiento de la práctica, está orientado hacia la comprensión del mundo y la comunicación. Mientras que el conocimiento de las

representaciones sociales emergen como elaboraciones/construcciones de carácter expresivo de los sujetos sociales, con respecto a un objeto socialmente valorizado, el cual es interpretado y simbolizado por el sujeto social en sus interrelaciones diarias.

Estas formas de conocimientos, constituyen modalidades de pensamiento práctico orientadas a la comunicación, comprensión y dominio del entorno material y social. Este ejemplo explica la construcción del conocimiento de la salud bucal desde las representaciones sociales, en la cual el individuo se enfrenta al componente bucal de la salud en una relación de sujeto-objeto, luego el sujeto *interioriza* esa imagen para *re-presentarla* (esto es volverla a presentar) (Jodelet, 1986). Destacándose que ésta es una construcción de un sujeto sobre un objeto, pero nunca la reproducción de este objeto.

No todo objeto puede ser considerado como una representación social. Según Jodelet (1986), existen tres características esenciales para que algún objeto o fenómeno pueda ser expresada a través de las representaciones como son:

- a) *Criterio a cuantificación*: que sea un objeto o fenómeno valioso para la colectividad.
- b) *Criterio de producción*: que exista suficiente información con respecto al fenómeno, aún ésta sea contradictoria.

- c) *Criterio de funcionalidad*: que el sujeto tome posición con respecto al fenómeno, cumpliendo una función cognitiva donde integra la novedad, una función ética-evaluativa que orienta las conductas, una simbólica que interpreta la realidad, y la estética que armoniza la realidad.

El proceso salud-enfermedad bucal cumple con estos criterios para ser interpretada desde las representaciones sociales, ya que los padecimientos saludables o morbosos constituyen uno de los principales fenómenos de construcción de significados colectivos. A través de las representaciones de la salud bucal, las personas comienzan a entender los procesos que favorecen o amenazan su vida cotidiana. El sentido común de la salud bucal está dado por el lenguaje homogéneo, que aglutina las inteligencias dispares, donde interactúan los distintos niveles cognitivos piagetanos, así como, el conocimiento popular. Este conocimiento común de la salud bucal, coloca al individuo dentro de lo que conoce, explicando, como afirma González (2005), la doble cara de las representaciones, una figurativa y otra simbólica; a la cara figurativa se le atribuye un símbolo y a todo sentido, una figura. En este sentido, se conocerá lo simbólico construido en torno a la salud bucal desde sus protagonistas más significativos.

Aproximarnos a las representaciones sociales que sobre la salud bucal se construyen desde el espacio profesional, permite en consecuencia, una mejor atención y manejo de la salud/enfermedad, impactado positivamente en la calidad de vida del

sujeto. Esto sería una aproximación significativa en el sentido común de la salud bucal.

La explicación de un fenómeno concreto como la salud bucal desde el sentido común, requiere de una gran cantidad de argumentos que sustente esta aseveración dentro de su propio contexto. A lo largo de la historia se han producido una serie de trabajos que explican la respuesta del sujeto con respecto a su salud bucal, pero muy pocos han considerado a esta problemática como un aspecto evidentemente social, donde involucren la intersubjetividad, sino mas bien, lo catalogan como un proceso eminentemente biológico.

El mundo de las representaciones sociales, ha sido considerado por los psicólogos sociales como apropiado y útil para la indagación de fenómenos y maneras de desenmascarar la ideología dominante impuesta en forma de sentido común.

A lo largo de los años se han reportado y publicado una gran cantidad de investigaciones relacionadas con las representaciones sociales y salud como los estudios de *Salud y enfermedad* (Herzlich, 1969-1973), *El cuerpo humano y la enfermedad mental* (Jodelet, 1983), *La infancia* (Chombart de Lauwe 1971-1978), *La locura* (Duarte y Rodríguez, 1983), *la depresión* (Espinoza y Topetta, 1983), *El*

*feminismo* (Espina y Patiño, 1984), *La maternidad* (Lomely, 1984), *El cuerpo* (Miguel y Villegas, 1984).

En España existen grandes exponentes de las representaciones sociales de la salud como: Otegui (1998), *El enfermo crónico y sus representaciones sobre la asistencia médica*. Siragusa, Schapira y Sáenz (2002), *Representaciones en salud y formación de recursos humanos*. Conde y Gabriel (2002), *La Evolución de las Representaciones sociales sobre la salud de las mujeres madrileñas, 1993-2000*". Lasala Meseguer (2006), *Curarse en Salud. Las medicinas como sistemas de transacciones*, además de Darío Páez y sus colaboradores con sus investigaciones en relación al *SIDA y salud mental*.

En Latinoamérica, se tiene el trabajo de Minayo en Brasil, *la investigación cualitativa en salud*. En México: Campos, Torrez y Arganis (2000), *Las representaciones del padecer en ancianos con enfermedades crónicas. Un estudio en la Ciudad de México*. En Argentina, Tarrío (2003) *Representaciones sociales, ciencia e ideología en el cuidado enfermero de ancianos dependientes institucionalizado*; Aguado y Priotti (2005), *Las Representaciones Sociales del cuerpo de las mujeres del Barrio San Roque y Villa La Tela. T*". En Chile: Echeverría (2005), *Representaciones sociales de las drogas de jóvenes urbanos populares en proceso de rehabilitación en comunidad terapéutica*. En Colombia se tiene: Álvarez (2006) *Representaciones sociales de la salud y la enfermedad: un estudio comparativo entre operadores de la salud y*

*pacientes hospitalizados en Bucaramanga y Floridablanca. Escobar, Sosa, Sánchez, Burgos y Lopera (2006), Representaciones sociales del proceso salud-enfermedad bucal en madres gestantes, Medellín.*

En el ámbito nacional, en la Universidad de Oriente se tiene a Rodríguez con sus trabajos sobre representaciones sociales en el espacio médico y psiquiátrico. García en la Universidad Centro Occidental, ha trabajado sobre salud, enfermedad y muerte. En Maracaibo, Moya, Rujano, Salas, Romero, llevan investigaciones sobre representaciones sociales y lepra. En los Andes, León realiza trabajos sobre las representaciones sociales y chagas.

La Universidad de Carabobo, cuenta con grandes exponentes como González con sus obras sobre la participación comunitaria en salud y sus representaciones sociales. Camacaro, con sus investigaciones sobre género, salud y representaciones sociales. Acevedo con los estudios sobre género, representaciones y trabajo, entre otros más.

En el campo de la salud bucal son realmente pocas las investigaciones sobre el tema, entre estas se tiene en Colombia, Nieves, Jácome y Candales (1998) llevaron a cabo un estudio de las *representaciones sociales del proceso salud-enfermedad oral en poblaciones urbanos-marginales y su relación con los discursos institucionales*. En Argentina, Pedemonte, Klemonskis, Malleville, De Gatica y Probe, (2004),

realizaron un estudio titulado *La práctica social odontológica en una comunidad suburbana del área metropolitana del Gran Buenos Aires: perspectivas de los actores*. Así como Pérez, Gunset y Alderete (2004), *Expectativas y representaciones de los ingresantes a la carrera de odontología*. En Venezuela, Romero (2007), llevó a cabo una investigación denominada *Representaciones sociales del profesional de la salud bucal*.

Se hace notorio como la salud, ha encontrado en el campo de las representaciones sociales un marco referencial para llegar a ese mundo del imaginario, conocido como sentido común. Se conoce que la naturaleza profunda de la realidad de la salud bucal, comportamientos, percepciones y manifestaciones sobre la misma, se pueden obtener del conocimiento popular, lo que reproporciona al profesional una nueva mirada, conduciendo a un abordaje diferente, desde lo ideográfico, lo social y lo subjetivo.

Conociendo la construcción de la salud bucal desde el saber cotidiano, se induce a la construcción de una nueva realidad, rescatando la intersubjetividad y la epistemología del sentido común que prevalece en el subyacente de los individuos.

### **2.3 Representaciones Sociales, Discurso e Ideología.**

En la actualidad, se vive un proceso complejo en lo relacionado al estudio del sujeto por todas las contraposiciones encontradas. Las miradas en relación al sujeto varían, desde las posmodernas con el decreto de la *muerte del sujeto*, ampliamente difundido por Mafessoli, Lanz, entre otros, así como, las que intentan restaurar al *sujeto*. Miradas ampliamente propagadas por autores como Habermas, Touraine y muchos más. Las miradas restauradoras del sujeto, abren un nuevo territorio existencial que posibilitan la emergencia de nuevas reglas de sentidos, asentadas en distintas representaciones sociales, ideológicas, cognitivas, éticas, estéticas y afectivas, que permiten el desarrollo de un nuevo discurso intersubjetivo en los y las profesionales de la salud bucal.

La definición del término discurso, implica además, un proceso complejo y ambiguo. Foucault (2002) identifica al discurso como un sistema de conocimientos que trasciende al mundo de la lengua, de las reglas formales, de la construcción y comunicación en sí, así como, de los códigos presentes en la misma. Van Dijk (2005) lo define como un fenómeno práctico, social y cultural que implica una forma de acción e interacción entre discurso y sociedad, lo que le da un sentido social.

Se entiende que los vínculos entre el discurso y la sociedad son muchos más complejos, por lo que requiere de un análisis teórico que implique la acción, como

una forma de interacción social; el poder, como una noción clave en el estudio de las relaciones grupales en la sociedad; y la ideología, como un elemento que se reproduce en el discurso. Fairclough (1992) manifiesta al respecto, que en el discurso se construyen tres grandes aspectos de la vida social como, las representaciones del mundo, las relaciones sociales, y por último, las identidades sociales y personales

Un discurso se legitima cuando se reproduce socialmente, gracias a la subordinación de las representaciones y discursos diferenciales, así como, a la articulación con las prácticas, relaciones y aparatos de dominación, incluyendo además, la lógica de las necesidades semiológicas que la racionalidad impone (Lanz, 1988). El discurso tiene un estatus especial en la reproducción de las ideologías (Van Dijk, 1999). Esta característica le permite formular explícitamente las creencias ideológicas, de una manera directa.

Las prácticas discursivas se articulan en un proceso de producción, donde intervienen varios elementos como, el sujeto con una disposición lingüística culturalmente moldeada, las condiciones sociales de producción, y por último pero no el menos importante, el lenguaje. Van Dijk (2005) manifiesta, que esta situación social es parte del contexto del discurso. Mientras que Lanz (1988) afirma, que los discursos lingüísticos circulan de acuerdo a la lógica de la dominación, cuyo sentido supone la circulación y el consumo de los mismos por parte de los receptores.

Expresión corroborada por Foucault (1992), al declarar que el discurso constituye el poder de las sociedades modernas.

En las formaciones discursivas varía el uso de las palabras y sus significados, según la posición y el contexto de donde son usadas (Fairclough y Wodak, 2005). Toda práctica discursiva termina en el lenguaje como producto (Lanz, 1988). Los estudios del lenguaje tienden a trabajar la significación en términos sociales, es decir, en la descodificación de señales y significaciones que son consideradas como el lenguaje de la sociedad, independientemente del análisis. La significación de la comunicación ofrece una pista de esquema por el cual se estructura el régimen social de las representaciones.

En cuanto a las disciplinas relacionadas con el lenguaje, se puede mencionar que en la antigüedad los escritores griegos y romanos consideraban al estudio de la retórica, como una suerte de ciencia política (Chilton y Schaffner, 2005). Se entiende por retórica al arte de la persuasión verbal. En la polis griega y en el imperio romano, la tradición retórica formaba parte de del entrenamiento de los oradores públicos. Las retóricas son otras formas de argumentos que aparecen en las formaciones discursivas, en todos los niveles. Van Dijk, (1999) respecto al tema, expresa que está orientada hacia la comunicación persuasiva en función de los intereses de los participantes, en el nivel del significado.

Una de las diferencias entre el lenguaje y el discurso, es que el lenguaje se utiliza para propósitos internos, mientras que el discurso es una interacción de comunicación entre los miembros de un grupo (Van Dijk, 2005). En referencia a lo expuesto, Austin (1998) plantea que el lenguaje no es solo un medio de representación, sino también, una forma de acción social, por lo que el lenguaje y el habla suponen algo más que una representación del mundo. Pomerantz y Fehr (2005), explican que el criterio del lenguaje puede usarse para poner en práctica acciones sociales, que luego pueden ser analizadas, tomando en cuenta el contexto en la producción del sentido.

El usuario del lenguaje es aquel que emplea el discurso para los actos sociales y participa en la interacción social, enclavada en los contextos sociales. La utilización del discurso del lenguaje consiste en una secuencia de actos relacionados. Más allá del estudio del lenguaje y de cualquier sistema de representación, está la racionalidad burocrática que establece las relaciones de significación.

El estudio del lenguaje desde el punto de vista ideológico, abre una cantidad de gamas para la investigación, ya que es un lugar privilegiado de cristalización de las relaciones de significación. Además, sirve para legitimar y mantener las jerarquías establecidas, sin que los individuos menos favorecidos por el sistema, tomen conciencia de esa desigualdad (Fowler, Hodge, Kress y Trew, 1979).

Hoy en día el lenguaje ocupa un lugar más importante y prominente en los procesos sociales, considerándose las relaciones sociales, lo intersubjetivo, el contexto, entre otros, elementos no tomados en cuenta hasta mediados del siglo XX. Es a partir de la década de los 60 que los procesos sociales y la semiosis social intervienen en la revolución del lenguaje, del discurso y por ende del conocimiento social (Veron, 1987). Fairclough y Wodak (2005) indican, que el lenguaje en la sociedad contemporánea es de gran interés, ya que la sociedad se nutre de ella. Esto explica que existe una relación dialéctica entre el discurso y la sociedad, donde el discurso constituye a la sociedad y a la cultura, así como, es constituida por ellas. De modo, que el lenguaje reproduce y transforma a la sociedad y a la cultura, dentro de las relaciones de poder en donde están inmersas.

Solo se puede entender el significado del discurso en los procesos sociales, en las relaciones colectivas y en los procesos de interacción. El camino de esta tesis fue una aproximación al entendimiento del discurso desde la semiosis social, el cual generó nuevos conocimientos, nuevos modelos pedagógicos y nuevas maneras de responder a las responsabilidades sociales, culturales, políticas y éticas, a la incertidumbre y al caos, con respecto a la salud bucal. El éxito de ésta aproximación dependió de la suerte, del ingenio y de la argumentación crítica implícita en el estudio.

Autores como Habermas, Gadamer y Ricoeur, han hecho referencia sobre el análisis del discurso. Ricoeur (2004) manifiesta, que se debe rescatar el pensamiento

crítico y el cuestionamiento para comenzar con la hermenéutica, a fin de asumir la reflexión, como la imposición de límites a cualquier pretensión totalizadora vinculada al saber. Habermas (1984) postula la posibilidad de la crítica a la tradición. Mientras que Gadamer (1992) sostiene que el análisis crítico es un ejercicio de la hermenéutica reflexiva que solo se debe hacer, después de la escucha de las voces. En este sentido este autor manifiesta, que la voz de la tradición no se opone en si misma a la interpretación, y la única oposición, es que la voz de la tradición dejara de escucharse.

Al interpretar el discurso desde la semiosis, se precisa de la interacción social como un elemento de la lingüística. En otras palabras, el enfoque interpretativo se evidencia en la relación entre el lenguaje y la sociedad entrevistada, así como, de la relación del propio análisis y de las prácticas analizadas. La interpretación crítica del discurso como una forma de práctica social, sugiere la presencia de una relación dialéctica entre el discurso y el contexto que lo enmarca (Veron, 1987; Fairclough y Wodak, 2005). Este andamiaje de factores modelan el discurso y lo construyen en el sentido que contribuye a reproducirlo y transformarlo. Dentro de este discurso están inscritas las relaciones ideológicas y de dominación que contribuyen también, en dicha reconstrucción (Lanz, 1988).

Fairclough (1992) refiere que el análisis crítico es aquel que apunta a explorar de un modo sistémico las relaciones de causalidad y determinación, a veces opacas entre los acontecimientos, las prácticas discursivas, las relaciones y procesos de

interacción, así como también, intenta explicar como éstas son ideológicamente moldeadas por las relaciones de poder.

La lectura crítica además de tener una intención interpretativa, tiene también una explicativa (Overmann, Allert, Konau y Krambeck 1979). La orientación crítica para la interpretación del discurso de las prestaciones sociales de la salud bucal, tuvo una orientación más reflexiva y crítica que explicativa. No obstante este análisis crítico no es una réplica de la cotidianidad, por el contrario recurrió a las teorías sociales, al lenguaje y a la semiosis social, como metodologías que ayudaron a interpretar la experiencia del sentido común, desde las partes hasta el todo, y del todo a las partes, como un proceso de interacción..

Cuando se interpreta el discurso desde la propia comunidad se habla de semiosis y de semiótica. La semiótica es una disciplina eminentemente filosófica, que trabaja con las imágenes del pensamiento subyacente en el discurso expresado y en los textos analizados, dotándose de un lenguaje teórico responsable de la relación con los métodos que se usan (Fabbri, 2004). La semiosis es una ciencia que proviene de la psicología social que se encarga del estudio de los signos en el seno de la vida social y contiene a la lingüística como una de sus ramas. Etimológicamente es un vocablo de origen griego “*semeion*” que significa, signos y su objetivo consiste en determinar el significado de los signos y de las leyes que los gobiernan (Saussure,

1975). La definición del signo desde el punto de vista psíquico, se caracteriza porque presenta dos entidades, una que corresponde al significado y otra al significante.

Veron identifica a la semiosis como la forma de una red de relaciones entre el producto y su producción, señalándola como un sistema puramente relacional “*tejido de enlace entre el discurso y su ‘otro’, entre texto y lo que no es ese texto, entre la manipulación de un conjunto de significante destinada a descubrir las huellas de operaciones y las condiciones de producción de esas operaciones*” (1987:139). Este autor trata de explicar que en el proceso de semiosis, existe una relación directa entre productos y producción.

La materialidad de la semiosis está dada por la articulación de dos campos, los comportamientos sociales en su dimensión interacción, y las estructuraciones de los espacios sociales, incluyendo entre estos a los sistemas de objetos (Osorio, 2001). Sin la semiosis no existe la construcción de los objetos, y por ende estaría ausente la representación simbólica del mismo. Un objeto significante dado y un conjunto discursivo, no puede ser analizado aisladamente, por el contrario, se deben buscar las huellas de las condiciones de producción de esos discursos, ya sea en su generación o en sus efectos. De manera que un discurso por sí mismo no significa nada, es por ello que se habla de construcción de lo real en el discurso (Veron, 1987).

Lo social aparece como el fundamento último de la realidad, y al mismo tiempo, como el fundamento último de la verdad. Este verdadero origen de la realidad, muestra que está implícita esencialmente la noción de la comunidad, sin límites precisos y con capacidad de crecimiento en término de conocimientos. Mientras que la comunidad y la comunicación dentro de la misma, aparecen como garantía y fuente de legitimidad de lo real y verdadero. El signo emite a su objeto lo que representa de una manera determinada con referencia a una idea llamada *fundamento del representamen*, así, se establece una relación entre signo y objeto inmediato (Veron, 1987). El signo no solo representa al objeto de una manera, también representa a su relación con el objeto, esta es una representación en segundo grado, y es impuesta a cada signo en particular, por el funcionamiento de la semiosis. En otras palabras, Veron refiere que el objeto determina el signo.

Las representaciones sociales de la salud bucal, determinan al proceso salud-enfermedad bucal. En este sentido el objeto desborda el signo, representando *el todo* del objeto, convirtiéndolo en un *objeto dinámico*. Esta red de signos que remiten a uno y otros objetos, ya sea inmediato o dinámico, son producidos por la semiosis.

El análisis de lo ideológico y del poder en los discursos sobre la salud bucal desde la semiosis, se evidencia tras la búsqueda de huellas de las condiciones sociales de su producción. Esto supuso considerar que el análisis es siempre interdiscursivo,

diaológico, cuya búsqueda se logra en la red de relaciones entre el producto final de la salud bucal y los procesos de producción de la misma.

El constructo de lo ideológico, puede ser igualmente definido, al de las representaciones sociales, en este sentido se definen como un conjunto de creencias socialmente compartidas (Van Dijk, 1999). Al igual que las ideologías, aunque de una forma más concreta, las representaciones sociales se construyen en función de la legitimación y fundación del orden social. Esta legitimación ocurre a nivel simbólico, aunque también está presente a nivel de la práctica. Son varios los puntos de coincidencia entre las representaciones sociales y los fenómenos ideológicos, dado que la ideología también interviene a orientar e interpretar la construcción y orientación de conductas (Ibáñez, 1988).

Los guiones de conocimientos, percepciones, sentimientos y actitudes son ejemplo tanto de ideología como de representaciones. La mayor aproximación de la noción ideológica que se ha llegado, es definirla en sentido de creencias sociales compartidas por colectividades sociales. De manera que la ideología no está por *encima de o entre*, más bien está en la mente de los individuos. Razón por las que ellas mismas, se pueden dar por sentadas, porque están implícitas en el *sentido común* (Van Dijk, 1999; Lanz, 1988). Argumentos que son reforzados por las expresiones de Moscovici y Althusser (citado por Ibáñez, 1988), al afirmar que las representaciones sociales y la ideología se encuentran en una relación de inclusión.

Lo expuesto expresa que una ideología es una representación social, ya que, es todo conocimiento general o abstracto compartido, subyacente en toda interacción humana, que permite asociar las actitudes sociales como conjuntos coherentemente estructurados. De igual manera lo expresa Ibáñez (1988; 1990) al considerar que ambos términos no son cogniciones independientes, sin embargo es necesario diferenciarlas. Este autor manifiesta que la representación social hace siempre referencia a un objeto particular y es asignable a agentes sociales específicos, quedando excluida la esencia de una representación social general. Por su parte la ideología cuando es analizada desde la semiosis social, deja una huella en la producción de las condiciones sociales con un código interpretativo generador de juicios, percepciones, actitudes o imágenes concernientes a objetivos específicos, (Veron, 1987). Esta característica hace que la ideología se imponga hegemoníamente en la cultura, caso contrario ocurre con las representaciones sociales, como lo refiere Páez y González (1993), al expresar que las representaciones sociales son menos sistematizadas e institucionalizadas que la ideología, por lo que no se imponen hegemoníamente.

La ideología constituye una condición de producción de las representaciones sociales, de manera que la ideología es un elemento de causalidad de las representaciones. Son objetos distintos pero estrechamente vinculados entre sí, por relaciones de causalidad de tipo circular (Ibáñez, 1988).

A pesar de las diferentes controversias en torno al concepto de ideología, con el pasar el tiempo, este se ha mantenido en la misma línea a lo largo de la historia. Tocqueville (1969) la estudia con una doble vertiente, una dimensión negativa de la ideología, que subraya más allá de las modificaciones políticas, hábitos y pautas interiorizadas que pueden perpetuar en la profundidad; y una dimensión positiva, que la considera como un elemento anticipador o motor utópico.

Lanz (1988:15) define a la ideología como *un espacio privilegiado de condensación de los modos de producción de la vida*, determinándola, como un espacio de *vínculo entre el discurso y la sociedad* (2006a:50), siendo ella misma una relación. Fairclough y Wodak (2005), la consideran como una manera de representar y construir la sociedad que reproduce las relaciones de poder, de dominación y de explotación. No obstante Althusser (1978) manifiesta, que la ideología no es una mera cuestión de representaciones de la realidad social, puesto que las construcciones de la identidad vinculados al poder, son también procesos ideológicos, este autor la identifica como algo estrechamente vinculado a prácticas materiales inmersas en las prácticas sociales.

Otro concepto es el que da Hall, Sarandi y Slembrouck, (1997), que las concibe como estructuras mentales de lenguajes, conceptos, categorías, imágenes del pensamiento y sistemas de representación, que se despliegan para darle sentido en la

forma que la sociedad funciona, se explica y se hace tangible. Lo que explica, que las ideologías son cambiables por cada grupo social de acuerdo a sus valores y prácticas específicas, por supuesto moldeadas a la vez por el sistema de dominación. Sin embargo, para que una ideología tenga un importante componente cognitivo, Van Dijk (1999) explica que debe estar complementada por un importante componente social igualmente significativo.

Se trata de una tensión dialéctica proveniente del despliegue de la praxis de sujetos sociales históricamente tangibles. El esclarecimiento de los procesos que constituyen las necesidades planteadas por los sujetos en el seno de la civilización capital, ofrece un horizonte de comprensión decisivo para una teoría dialéctica de la ideología.

Eagleton (1997), refiere que la ideología tiene funciones cognitivas. De manera que, no solo regula el sistema de conocimiento, sino también, las creencias evolutivas y las actitudes que los grupos comparten en relación a las cuestiones sociales, coordinando las prácticas sociales y la interacción social, dentro de un grupo y entre los grupos. A través de las representaciones ideológicas, se pueden definir los grupos y su posición dentro de la estructura social.

La ideología sirve para que los grupos desarrollen representaciones socialmente compartidas, generales y mutuamente coherentes como la vida y la muerte, la salud y la enfermedad, el trabajo y el ocio, entre otros, ya que el constructo ideológico está

formado por un conglomerado de creencias que están en la mente (Van Dijk, 1999; 2005). A través de ella puede solucionar problemas y cuestiones sociales. Giddens (1979) manifiesta, que sirven para mantener y reproducir las relaciones de poder.

Las relaciones ideológicas se cristalizan en prácticas particulares en dos direcciones, en las representaciones que justifican la reproducción de dominación y en la utopía emancipatoria, “*estas dos dimensiones juegan a la contradicción de la sociedad global capitalista*” (Lanz, 1988:45-46). El sistema de salud como una concepción socialmente articulada a través de la práctica y aparatos, produce y satisface un tipo de vida articulada a la racionalidad burocrática, orientada a la reproducción y a las condiciones de existencia, como forma totalizadora y moldeada por los sistemas de dominación. De la naturaleza de esta praxis reproductora y transformadora, depende el carácter particular de las representaciones ideológicas en el sector salud, ya que lo ideológico está inmerso en el discurso, en las estructuras sociales, en las relaciones sociales y por ende, en las representaciones sociales de la salud.

#### ***2.4. Representaciones Sociales y la Teoría Crítica.***

Por años, la naturaleza ha quedado bajo el dominio de la razón, y por ende la razón más que un ideal metafísico de unión entre ambas, se convierte en una herramienta que se escinde de la naturaleza. La razón pierde su autonomía y se

convierte en un instrumento tecnológico, político y económico, emergiendo la *razón instrumental* (Rodríguez, 1989).

La salud bucal es producto de esta racionalidad instrumental, dado que en la sociedad industrial avanzada, este campo ejerce su dominio a través de la racionalidad tecnológica. Marcuse (1971) refiere al respecto, que la racionalidad tecnológica se convierte en una política que le sirve a las fuerzas de dominación, escindiendo al individuo de la sociedad.

El carácter escindido, propio del todo social en su configuración actual, enfrenta una contradicción consciente en los sujetos de comportamiento crítico. Enfrentamiento que en la actualidad se ha hecho presente en el campo de la salud. La separación entre individuo y sociedad, en virtud de la cual el individuo acepta como naturales los límites prefijados a su actividad, es relativizada en la teoría crítica (Horkheimer, 1974).

La teoría crítica, surge como una respuesta crítica a la razón instrumental en el campo de la comunicación en los años 20. Teoría fundada por la Escuela Sociológica de Chicago, englobada dentro del funcionalismo, donde se conjugan un grupo de pensadores asociados a la Escuela de Frankfurt como: Adorno, Walter Benjamin, Max Horkheimer, Marcuse, Jürgen Habermas, Oskar Negt o Hermann Schweppenhäuser, entre otros .

La escuela adopta la forma de crítica, pero su meta última es revelar con mayor precisión la naturaleza de la sociedad. La crítica a la que hace mención su nombre, presenta varias vertientes: la primera consiste en la crítica de la sociedad occidental capitalista y consumista contemporánea; la segunda, a las ciencias sociales, especialmente de la sociología norteamericana imperante, de tipo empirista y positivista (Sierra Bravo, 1983).

Los filósofos de esta escuela sostienen que no es posible tratar los productos culturales como sencillos epifenómenos de la economía, por el contrario, son producto de las expresiones autónomas y de las contradicciones dentro del todo social, donde algunas de las expresiones del orden presente, se niegan al orden existente (Thompson, 1988; Fay, 1987).

Adorno (2001), define al proyecto inicial como marxismo heterodoxo, y pretende desarrollar una serie de teorías atentas a los problemas sociales, como la desigualdad sociológica y filosófica de clases; al mismo tiempo, propone dar importancia a los factores sociales, psicológicos y culturales a la hora de abordar los temas sociales.

La teoría crítica, más que un enfoque interpretativo, está dirigida a la transformación del mundo. El propósito, es la búsqueda de la felicidad, de la libertad y la recuperación del dominio del hombre sobre si mismo, suprimiendo las injusticias

La Escuela de Frankfurt centra su atención en mundo cultural, específicamente en la *industria de la cultura*, representada por las estructuras racionalizadas y burocratizadas que controlan la cultura moderna. Bajo el orden de la teoría crítica, todo pensamiento social pierde su conciencia y autoconciencia crítica, ya que sigue un terreno manipulable y legitimado (Rodríguez, 1989).

Esta legitimidad se refleja en el campo de la salud bucal, con el culto al *cientificismo*, a la razón instrumental y a la reducción de los asuntos sociales. Las soluciones de los problemas de salud bucal son de carácter técnico, las cuales prevén soluciones fijas si se aplican las reglas que dictan los criterios de eficiencia. La implementación de la racionalidad administrativa en la praxis profesional, se enlaza con la razón positiva, usurpando la acción simbólica.

Una manera de trascender la razón instrumental en la salud bucal, es a través de la teoría crítica. Desde la teoría crítica, se propone trascender el concepto de razón, de manera que el pensamiento se libere de los límites marcados por la praxis empirista y de la visión objetiva, mecánica e inhumana de la realidad bucal de la población.

La investigación de la salud bucal social propuesta por la *teoría crítica*, propone la investigación de la salud como un todo, rechazando los intentos de crear

áreas especializadas, por encontrarse desviada de la comprensión de la salud comunal o societal, como totalidad interrelacionada (Wolf, 1991).

Entendida así, la teoría crítica convoca a una revolución del pensamiento científico en las ciencias de la salud bucal, apuntando a saber sortear el extremo de la sumisión de la razón instrumental, así como, la defensa nostálgica de la cultura reaccionaria. Lo que se busca es crear nuevas sociedades donde la interacción simbólica retome su autonomía, creando una nueva racionalidad basada en el mutuo acuerdo y en el conocimiento de la intersubjetividad. Este retomar de la autonomía, de la razón y del saber de la salud bucal, se logra a través de un nuevo esquema comunicativo, desde lo social, tras el rastreo de las representaciones sociales.

Habermas (1989) propone un proyecto de teoría crítica basándose en dos grandes momentos, el primer momento es un esquema epistemológico comunicativo y el segundo, es la construcción lingüística de la sociedad. Este modelo se aferra en la estructura y en el modelo de la lengua. El descubrimiento de la realidad del intercambio lingüístico, permite la comprensión del devenir social en torno a la salud bucal. La lengua y la comunicación son instrumentos para una teoría de la sociedad, cuyo epicentro es la acción comunicativa. La cual se caracteriza por ser plural, subjetiva, así como, consensual. Este autor distingue dos formas de actividad social: la actividad instrumental, orientada hacia la eficacia, y la actividad, que es la condición prevalente en el campo de la salud bucal; y la comunicacional, orientada

hacia la intercomprensión, como una acción intersubjetiva, que da lugar a compromisos recíprocos. La intercomprensión, es la nueva condición que debería orientar el mundo de la salud bucal, develando los procesos que subyacen en el imaginario colectivo.

El camino que persigue la teoría planteada es la emancipación del ser humano (Marcuse, 1971; Lanz, 1988; Habermas, 1989; Rodríguez, 1989). Esta emancipación trata de colocar las cosas en su sitio, a través de la restauración del discurso representacional y el conocimiento del mismo, los cuales se encuentran subsumidos y devorados en la actualidad por la razón instrumental dominante y por el capital simbólico.

Romper este sistema simbólico en el campo de la salud bucal, pasa por fracturar el sistema de representaciones inmersos en este campo. El reto de una teoría crítica, consiste en develar capital simbólico como una propiedad cualquiera, percibida por los agentes sociales dotados de dicha categoría y de valoración que les permita percibir, conocer, reconocer y aproximarse al simbolismo subyacente en torno a la salud bucal. Bourdieu (1997) define al capital simbólico como una verdadera fuerza mágica, expresada como una propiedad que responde a las expectativas colectivas, socialmente constituida. Conocer este capital simbólico, implica una nueva mirada de la salud bucal.

Las representaciones sociales de la salud bucal como una disciplina crítica con sentido histórico social, se caracteriza por presentar un comportamiento marcado: por las condiciones de circulación de las representaciones sociales dadas a través de intercambios de saberes, experiencias y vivencias; por funciones sociales, reflejadas en la construcción de la realidad, pensamientos y conocimientos y desarrollo de una identidad personal; y por las condiciones de comunicación de las representaciones, dadas por los medios de comunicación formal e informal.

El conocimiento del discurso simbólico en salud tiene un papel importante en la difusión de la salud bucal, en la modificación o reforzamiento de conductas, valores y normas sociales y en el estímulo a procesos de cambio social que contribuyen al mejoramiento de la calidad de vida. Por ello, se pretende abordar a las representaciones de la salud bucal desde la teoría crítica, como un proceso social, de interacción y difusión, como un mecanismo de intervención, para generar a escala multitudinaria, influencia social que proporcione conocimientos, forje actitudes y provoque prácticas favorables al cuidado de la salud pública social.

## CAPÍTULO III

### *La Metódica.*

Este capítulo nos conduce al camino transitado para dar cuenta de los objetivos planteados en la investigación. Una puesta en escena de lo cualitativo como camino-método para aproximarnos a las representaciones sociales sobre la salud bucal, desde la mirada de los/las profesionales que ejercen en los módulos de atención de la misión Barrio Adentro. La mirada hermenéutica, constituyó el soporte teórico-metodológico para interpretar la palabra y sus circunstancias. El recorrido metodológico seguido, está estructurado en varios momentos: primer momento: desde donde se habla. Segundo momento, el itinerario metódico.

#### ***31. Desde donde se habla.***

Se interpretaron las representaciones sociales de la salud bucal, indagando sobre la naturaleza profunda de sus realidades, estructura dinámica, comportamientos y manifestaciones en su propio contexto; a fin de aproximarnos a lo subjetivo construido por los y las profesionales en torno a la salud bucal.

Las representaciones sociales fueron abordadas como proceso, siendo ésta, la metódica empleada por la *escuela clásica* desarrollada por Moscovici (1961), Jodelet (1986) y Spink (1993). Entender a las representaciones como proceso, significa

centrar el interés sobre un objeto de estudio y su vinculaciones socio-históricas específicas. Otro aspecto a considerar, lo constituyen los mecanismos sociocognitivos de la interacción social, enfatizando el aspecto constituyente de las mismas (Banchs, 2001).

Interpretar los fenómenos sociales, obligó acercarse a la producción de sentido. Producción de sentido que a través de la hermenéutica y la teoría crítica, resultó determinante para la comprensión, posibilitando interpretar y captar las particularidades significativas, con el propósito de dar cuenta de la realidad social abordada en esta investigación. Acercarse a los fenómenos sociales obliga a mirarlos desde su interior.

Para interpretar el significado de la salud bucal desde la semiosis social, nos ubicamos en el contexto específico, ya que la teoría en que se estructura este conocimiento exige necesariamente hacer interpretación, condición fundamental para la construcción del conocimiento desde lo ideográfico y desde la interacción

En este sentido, las representaciones sociales de la salud bucal emergieron de las interacciones, como bien lo señala Martínez (2004<sup>a</sup>) y González (2005) al referir que el objetivo final de toda investigación que considere explorar el mundo de vida, debe profundizar en las mediaciones sociales.

### ***3.1.1 El Abordaje Cualitativo.***

Adentrarnos en el mundo cualitativo, supone hacer referencia a los referentes epistemológicos que han sustentado este tipo de paradigma. Abordar esta investigación desde lo cualitativo fue un gran desafío. Los aportes de la fenomenología de Husserl, de la sociología comprensiva de Weber, el conocimiento del sentido común y de la vida cotidiana de Shütz, y de las ciencias del espíritu de Dilthey, conforman la base fundamental de este paradigma.

La sociología comprensiva, propone la subjetividad como fundamento del sentido y la defiende como constitutivo de lo social e inherente al entendimiento objetivo. Intenta explicar la interacción de las relaciones sociales, considerando la esencia y el resultado de la actividad humana como creadora afectiva y racional que puede ser aprehendida a través de lo cotidiano, de la vivencia y del sentido común. El significado, es el concepto central para el análisis sociológico (González, 2005).

Dilthey (1948), señala que la comprensión tiene que ver con los sentimientos y los valores y debe ser abordada desde el interior de los fenómenos sociales, considerando la relación sujeto-objeto. Para ello aplica el proceso hermenéutico, convirtiéndolo en un método general de la comprensión. El autor expresa que existe grados de verdades, a las cuales solo se llegan a través de aproximaciones desde una plataforma intersubjetiva.

Una aproximación al conocimiento de la conducta humana, fue dada también por Max Weber (1993). El autor, introduce el término interpretativo, y refiere que la acción es activa, produce relaciones de sentido, es individual y colectiva a su vez. Para el autor, la comprensión está dada por las relaciones de valores, las cuales establecen relevancia en los hechos. Entiende por comprensión, al modo de conocer el sentido de la acción social, concibiendo el sentido, como sentido subjetivo y mentado del sujeto en la acción social.

Es necesario señalar, que los orígenes de la mirada cualitativa pueden ser rastreados en la cultura greco-romana, presente en las obras de Herodoto y Aristóteles. Dos siglos antes de Cristo, los chinos ya habían utilizado el método biográfico, así como, la cultura islámica. El renacimiento también está plagado de notas biográficas de artistas.

Los antecedentes contemporáneos de la investigación cualitativa, lo podemos encontrar en la corriente funcional estructural de la antropología social, en la Antropología Cultural Americana y en la Etnometodología.

A principios del siglo XIX aparece el primer trabajo sociológico de orden cualitativo, realizado por Le Play sobre los obreros Europeos, donde involucró la observación participativa (Ruiz e Ispizua, 1989).

Es importante resaltar que además de Le Play, fueron varios los filósofos interesados en este campo, quienes adoptaron ésta nueva mirada epistemológica. Nos referimos a la obra de Tonnies con su obra *Comunidad y sociedad*; Summer con *Falkways*; Vahlen y *La Teoría de la clase ociosa*; Weber, con *La Ética y el Espíritu del Capitalismo*; Wirth, con *El Gheto*; así como también, Thomas y Znaniecky con *El Hombre Polaco*; Riesman con *La Muchedumbre Solitaria*; White, con su obra *El Hombre Organizado*. (Ruiz e Ispizua, 1989; González, 2005).

El abordaje cualitativo comienza con la observación detallada y próxima a los hechos, otorgándole gran importancia a la observación de los casos concretos y al tratamiento de los individuos en su vida cotidiana. Se pone especial énfasis en el marco contextual de la cotidianidad, concediéndole primacía a la conducta humana sobre las características objetivas. Se privilegia la observación detallada y el análisis del lenguaje simbólico.

La investigación cualitativa es multimetódica, naturalista e interpretativa, implicando la indagación a situaciones naturales, a fin de interpretar los fenómenos en términos de los significados que las personas les otorgan. (Denzin y Lincoln, 1994).

Se entiende por abordaje cualitativo al proceso de interpretación e indagación, basado en las distintas tradiciones metodológicas (Vasilachis, 2006).

La investigación cualitativa, como paradigma de producción de conocimiento es ampliamente utilizado por las ciencias sociales para la comprensión de las ciencias humanas. Los diferentes abordajes metodológicos están basados en múltiples principios teóricos tales como, hermenéutica, fenomenología, interacción social, investigación acción, estudios de casos. Estudios en los cuales se emplean métodos de recolección de datos como la entrevista a profundidad, la observación participativa o historias de vida, entre otros.

Marshall y Rossman (1999), definen a la investigación cualitativa como pragmática, interpretativa y asentada en las experiencias de las personas; acotan que es una amplia aproximación al estudio de los fenómenos sociales, recurriendo a múltiples métodos de investigación subjetiva.

Córdova (1995), la define como el encuentro de la experiencia vivida de los protagonistas que se relacionan a través de sus prácticas sociales con otros individuos, con quienes comparten sistemas de valores, representaciones, creencias, ideas, juicios, opiniones entre otros, como reflejo del orden social imperante. El autor manifiesta, que este tipo de investigación conduce a descubrir los caminos que produce la memoria en diferentes planos, circunstancias y tiempos vividos.

Cook y Reichardt (1986), refieren que el paradigma cualitativo está centrado en comprender la conducta humana, orientada al descubrimiento, la exploración y la descripción.

El propósito de la investigación cualitativa, consiste en explorar las relaciones sociales y describir la realidad tal como la experimentan los informantes, para lo cual se requiere de un profundo entendimiento del comportamiento humano y las razones que lo sustentan. A diferencia de la investigación cuantitativa, la investigación cualitativa busca interpretar las razones de los diferentes aspectos de un comportamiento, penetrando en el sentido profundo. En otras palabras, investiga el por qué y el cómo se tomó una decisión, en contraste con la investigación cuantitativa, que solo busca responder preguntas tales como cuál, dónde y cuándo (Ruiz e Ispizua, 1989, Martínez 2000).

Las distintas tradiciones intelectuales y disciplinarias que sustentan este tipo de paradigma investigativo, con sus métodos, prácticas y concepciones acerca de la realidad y de cómo y cuanto de ella se puede conocer, determinan la inexistencia de una única y legítima forma de hacer investigación cualitativa (Mason, 1996). La fuerza particular de esta investigación, es la habilidad que tiene la misma para centrarse en la práctica real *in situ*, observando como las relaciones son realizadas rutinariamente (Vasilachis, 2006).

La metodología cualitativa, tiene como objetivo la descripción de las cualidades de un fenómeno. Esta manera de investigar es considerada como una forma de pensar, más que una colección de técnicas. La mirada cualitativa permite la flexibilidad metodológica; así como, establece una relación de interacción e interdependencia permanente. Esta relación está dada por el intercambio comunicativo y el compartimiento de significados.

A través de la metodología cualitativa empleada en esta investigación, se logró de un modo particular, un acercamiento a las representaciones sociales de la salud bucal que construyen los profesionales del área. El abordaje cualitativo, se inicia con la observación minuciosa y próxima de los hechos sociales, se estableció una relación dialógica entre observadora y observado/a. Simultáneamente, se enfatizó en el comportamiento dentro de la cotidianidad y en el análisis del lenguaje simbólico.

En cuanto a los criterios que validan la investigación cualitativa, se puede afirmar que existen diferentes maneras de analizar un discurso, dependiendo de la posición teórica que asuma el lector, al momento de hacer la interpretación. La posición del analista va a estar mediada por la posición teórica que este asuma.

Esta posición teórica asumida puede ser: desde la semiosis social, desde la lingüística o desde lo ideológico.

Kirk y Miller (citado por Rusque, 1999), definen la validez de la investigación cualitativa, como el grado en que los resultados sea interpretados correctamente, y si realmente se observó lo previamente planificado. Estos autores identifican tres tipos de validez:

- *Validez aparente*: se basa en la evidencia de lo observado.
- *Validez instrumental*: cuando un procedimiento puede demostrar que la observación efectuada al ser contrastada con otras efectuadas, en procedimientos alternativos, producen informaciones similares.
- *Validez teórica*: cuando un procedimiento puede demostrar que el enfoque teórico metodológico, tiene correspondencia con lo observado.

Otro enfoque de validación es llevado a cabo por Pérez Serrano (1994):

- *De contenido*: se refiere a la presencia del rasgo que se quiera investigar en los sujetos de análisis.
- *Predictiva*: si los sujetos tienen una característica exterior a la prueba.
- *Concurrente*: si los resultados se correlacionan con otros instrumentos de validación.
- *Didáctica*: se refiere al aspecto exterior de la prueba.

Además de las validaciones expuestas, existen otros tipos de validaciones como la *confiabilidad*, como un mecanismo de validación, supone poder evaluar la

credibilidad tanto en el resultado del estudio, como en el proceso. Existen dos tipos de confiabilidad, la interna, tiene que ver con el grado de coincidencia entre varios investigadores que forman parte del estudio. Y la externa, se refiere a la participación de investigadores ajenos al estudio en la reconstrucción del análisis (Goetz y Le Compte, 1988).

*La triangulación* como refuerzo de la credibilidad, sirve para aumentar la confianza en la calidad de la información. Este procedimiento puede implicar triangulación de subjetividades, de miradas, de técnicas de recolección, de perspectivas teóricas, de métodos interpretativos. A través de la triangulación se aumenta la confianza del investigador en sus datos (Mendizábal, 2006).

*La transferibilidad o aplicabilidad* es otro criterio a considerar, para juzgar el rigor metodológico en la investigación cualitativa. Guba y Lincoln (1981), indican que se trata de examinar cuanto se ajustan los resultados, con otro contexto. Son los analistas teóricos los que determinan si se pueden transferir los hallazgos a un contexto diferente al del estudio. Para ello, se necesita la descripción densa del lugar y características de las personas donde el fenómeno fue estudiado, ya que la transferibilidad solo es posible, en contextos similares (Mendizábal, 2006).

La validez de esta investigación estuvo dada por la triangulación de subjetividades, con las entrevistas a diferentes profesionales y triangulación de técnicas de recolección.

La rigidez de los procedimientos de validación de la investigación cuantitativa, no se cumplen en los estudios cualitativos. Generalmente los procedimientos de validación como la credibilidad, la triangulación o la transferibilidad, son procesos que llevan implícito cierto sesgo. González, (2005) refiere al respecto, que cualquier método que se utilice en la investigación cualitativa, siempre tendrá fuentes de error. En este sentido, Lanz (1988) expresa, que hay que anteponer la relatividad y la intersubjetividad ante el purismo de la neutralidad valórica. Dicha neutralidad hace referencia a la consolidación de una determinada forma de conocimiento, reforzada por el aparato ideológico y sedimentada como lo único, lo verdadero, lo universal, lo científico.

La validez de la palabra, en esta investigación, se dio por la reapropiación singular del universo social e histórico que rodea a los protagonistas, con el fin de conocer lo social, partiendo de una praxis individual, como lo expresa Ferrorati

*“El hombre recibe una cultura, la aprehende, la interioriza, para después producir su síntesis particular, su original momento histórico, su especial modo de respuesta”* (Ferrerati, 1997:135). Los pensamiento de Ferrorati nos ubican en un

conocer lo social, a partir de la praxis individual, ya que cualquier individuo es la reapropiación singular de lo universal social e histórico que lo rodea.

Otro factor a considerar en la investigación cualitativa es la saturación teórica. La saturación teórica es definida por Strauss y Corbin (2002) como el punto en que en el análisis de los datos, ya no emergen propiedades, dimensiones o relaciones nuevas, y que éste ha explicado gran parte de la variabilidad.

La saturación del discurso en la investigación cualitativa, fue una técnica de sistematización y ordenamiento utilizada en esta investigación, sin alterar la palabra de los protagonistas. Aplicar la saturación a los discursos, no implica en ningún momento trastocar la palabra de los actores, muy por el contrario, contribuyó a sistematizar y ordenar todo el material recopilado.

El discurso es un reflejo fiel de lo vivido y de los componentes socio-estructurales y socio-simbólicos de la vida. El plano socio-estructural, hace referencia a las estructuras y procesos objetivos como la estructura productiva, estructuras de clases e instituciones. Es el espacio de lo dado a las relaciones sociales, es el campo de lo construido, de lo socializado (Córdova, 1995). Un momento interconectado entre estructura y acción, donde la influencia de la estructura social determina la actividad del sujeto y viceversa.

Mientras que contexto socio-estructural, está dado por los procesos que definen las relaciones sociales a través del tiempo, determinando particularidades de los escenarios donde los actores desarrollan su acción social. Córdova (1995) manifiesta al respecto, que lo socio-estructural, facilita la interpretación y comprensión de lo vivido.

El plano socio-simbólico abarca procesos simbólico, lo subjetivo, representaciones, valores, actitudes, expectativas, deseos, procesos cognitivos e interpretativos. González (2005:126) señala, “*adentrarnos en este plano, contribuye a visibilizar el mundo simbólico que se construye acerca de la realidad social*”.

Hablar de métodos cualitativos, implica en definitiva, hablar de un estilo de investigar los fenómenos sociales tomando distancia de lo nomotético y privilegiándose lo ideográfico.

### ***3.1.2 Lo Hermenéutico.***

La voz griega hermenéutica, proviene del vocablo “*hermeneuein*”, significa primeramente expresión del pensamiento, de ahí, explicación y sobre todo interpretación, por lo que se conoce como la filosofía de la interpretación (Martínez, 2006

A través de la hermenéutica se elabora una conexión entre el ser y el lenguaje. Esta teoría resume la filosofía del hombre en los tiempos actuales, que utiliza el proceso de la interpretación de todo y como tal, debe ser comprendido en su esencia. El foco de interés de este estudio cualitativo, parafraseando a Gadamer (1996), está centrado en la reflexión del lenguaje. El horizonte gadameriano será el ámbito de captación que recoge todo lo que se presenta ante el conocer, desde la condición de cada persona. El horizonte del intérprete puede ensancharse, ampliarse hasta su [fusión](#) con el horizonte del objeto que se desea comprender. La comprensión, se inserta en lo que se ha vivido mediante la transmisión histórica. Para Gadamer (1977), la comprensión implica necesariamente la forma del lenguaje como agente existencial mediador de la experiencia hermenéutica.

Los estudios *interpretativos* utilizan los datos para ilustrar teorías o conceptos, que pretenden comprender o explicar rasgos de la vida social que van más allá de los sujetos de estudio. Gadamer ha desarrollado una teoría hermenéutica en la cual la historia y la tradición desempeñan un papel clave para captar el verdadero sentido de la comprensión.

Según Gadamer (1977), no existe un lugar exterior a la historia desde el cual quepa pensar la identidad de un problema en la evolución de los intentos históricos por resolverlo. La comprensión hay que considerarla desde dentro, pues se trata de un diálogo en el seno de la tradición. Así, se observan dos aspectos: La interpretación de

una tradición es parte de esa tradición, y esto significa que una tradición sólo se puede interpretar desde ella misma; y la tradición representa una forma de superación histórica en tanto pueda inaugurarse nuevos caminos, sin entrar en conflicto con la razón, sino que encuentra su poder y su dignidad cuando se funda en la racionalidad.

Gadamer (1992) propone a la hermenéutica como una teoría compleja para la interpretación que debe ser abordada por todo crítico social, en el sentido que toma en cuenta al sujeto social inmerso en su contexto respectivo, y extrae de estos sus implicaciones para el significado de la comprensión. Este autor refiere que toda comunidad de vida humana, es forma de comunidad lingüística que hace lenguaje. El lenguaje precede a los hablantes y el ser que puede ser comprendido, es lenguaje, relatando la linguisticidad de la hermenéutica.

La hermenéutica según Vattimo (1994), se define como la filosofía del pensamiento interpretativo. Es el arte de interpretar los textos o discursos, a partir de ella se enfatiza el contexto de lo interpretado, lo que constituye la base de la reconstrucción y de la integración. Ricoeur (2003), la coloca en el sentido más general, es decir, examen de los modos de comprensión implicados en los saberes de vocación objetiva. Gadamer (1996), expresa que el arte de interpretar tiene que ver con lo incomprensible y con la incomprensión, y es sinónimo de conocimiento del individuo en muchos ámbitos de la ciencia y en todas las esferas de experiencias con el prójimo. Para Habermas (1989), la hermenéutica propicia la intersubjetividad de la

comprensión comunicativa, en tanto que la comprensión comunicativa dentro de la comunidad social permite la interpretación de los significados culturalmente objetivados. Esta interpretación para Aguilar (1998), se orienta hacia un contexto de significaciones, legados por la tradición y la historia, lo que la hace socio-histórica.

Martínez (2004b) manifiesta, que la misión de la hermenéutica es descubrir el significado de las cosas, interpretar lo mejor posible las palabras, los escritos, los textos, los gestos y en general el comportamiento humano, pero conservando la singularidad del contexto donde forma parte.

Cada significado expresado por los entrevistados representó un evento, de modo que el método cualitativo se hace imprescindible cuando el fenómeno a estudiar se presta a múltiples interpretaciones, sobretodo como es el caso de la salud bucal. La comprensión de los significados fue el punto clave de la interpretación, logrado a través de la captación de los sonidos, de la entonación de las palabras, visualizando los gestos, así como, percibiendo las intenciones y las actitudes.

Esta técnica interpretativa focaliza el análisis en las producciones simbólicas, de los significados y del lenguaje, a través de los cuales los seres humanos construyen el mundo en que viven (Banchs, 1996; 2001).

Kockelmans (citado por Martínez, 2004a), afirma que la ciencia social hermenéutica busca una interpretación que se intersubjetivamente válida para las personas que comparten el mismo mundo, en un momento de la historia.

Razones por las cuales este trabajo doctoral intentó aproximarse a la interpretación intersubjetiva de la salud bucal, considerando que la temática abordada cumple con los siguientes cánones de la hermenéutica dialéctica, según la clasificación dada por Martínez (2004a).

a) *Autonomía del objeto*; ya que la salud bucal tienen su propia fuente y criterio de significado.

b) *La interpretación debe hacer el fenómeno razonable y humano*: la salud bucal forma parte de la realidad natural e histórica del ser humano, aunado a cierto “*misticismo*”, el cual fue explorado en su propio contexto interpretando las representaciones desde su contexto socio-estructural y socio-simbólico.

c) *El intérprete debe adquirir una mayor familiaridad con el fenómeno en toda su complejidad*: esto se logró a través de la proxemia con los profesionales objeto de análisis, adquiriendo la investigación en este sentido, una mayor validez.

d) *El investigador debe mostrar el significado del fenómeno para su propia situación o para la salud general*: la salud bucal llama la atención de la investigadora por las experiencias vivida en el área, como profesional de este campo.

e) *Que permita la aplicación del círculo hermenéutico:* la salud bucal como parte integradora de la salud general influye en la calidad de vida del sujeto, mediada simbióticamente por los planos socio simbólico y socio estructural, lo que posibilita recrear el giro hermenéutico.

El círculo hermenéutico es la técnica básica de Dilthey (1948), la cual consiste en un movimiento del pensamiento del todo a las partes y de las partes al todo. También es conocido como círculo virtuoso, ya que las partes se nutren del significado del todo, simultáneamente, y el todo adquiere sentido a partir de lo que ilumina y comunica la parte.

La interpretación de los significados se realizó desde la semiosis social. Veron (1987), define a la semiosis social como un *sistema relacional* en forma de red de relaciones que generan un tejido de enlace entre el discurso y su 'otro', destinados a descubrir las huellas de operaciones y las condiciones de producción de esas operaciones.

Interpretar el significado desde la semiosis, contribuyó a comprender que la salud bucal no puede ser estudiada aisladamente.

El uso del modelo hermenéutico dialéctico, como técnica de interpretación llevada a cabo en la investigación, estuvo fundamentado en las expresiones de

Vattimo, al manifestar que “*al hablar de la pregunta, significa hablar de diálogo*”, el modelo representa “*la lógica de la pregunta respuesta*” (1994:42). Este modelo proviene de la dialéctica platónica, donde la estructura lógica de la experiencia hermenéutica, es el diálogo. Según Gadamer (1992), en su texto *verdad y método* el diálogo expresa integración y fusión de horizontes, es considerada como la finalidad de la hermenéutica, donde la comprensión resulta de una relación recíproca del diálogo. El autor sostiene, que la dialéctica está dada por una confrontación producto de una contraposición de respuestas contradictorias entre sí, que al ser refutadas unas de otras, dan lugar a un saber propiamente dicho o “*episteme*”.

En el modelo hermenéutico dialéctico aplicado, coexistieron palabras, signos, gestos y silencios en un escenario donde la manifestación de un destino posible, no fue otro que el sentido. Vattimo (1994) refiere, que reflexionar sobre el significado de las palabras, discurso hablado o textual, es un hecho relativamente nuevo, donde la relevancia del dialogo y la conversación, son auténticas alternativas discursivas, no solo para la interpretación de textos de tradición, sino para todo tipo de discurso.

Las representaciones sociales de la salud bucal, constituyó el referente central de la tesis, donde indagación e interpretación del discurso, fue el inicio y fin de la investigación. Este proceso se obtuvo a través de una constante cooperación de los informantes con la investigadora. Para obtener la información, se siguió el modelo de

exploración hermenéutica propuesto por Martínez (2004b: 114-121), basado en interrogantes y réplicas, donde se involucraron cuatro dimensiones.

*a) Descubrimiento de la intención:* al indagar en el sistema de valores del profesional, en relación a lo simbólico construido en torno a la salud bucal. Indagación que abordo percepciones, intencionalidades, conocimiento del sentido común. Aproximarse al sentido común fue la vía para rastrear las representaciones, facilitando la interpretación sobre la cosa en cuestión.

*b) Descubrimiento del significado:* se descubrió el verdadero significado de la salud bucal, a fin de determinar el grado de importancia de la misma. Martínez expresa que el significado de un fenómeno no puede someterse a la observación empírica. La salud bucal, como un fenómeno de la realidad humana se sometió a la “*comprensión interpretativa*”, a fin de obtener su unidad de significación, lo que hizo comprensible el comportamiento de profesionales en torno a la salud bucal. Después de una familiarización con el hecho, se conoció el contexto concreto, particular y sociocultural que provee el significado de las expresiones como lo relata Dilthey (citado por Martínez, 2004b). Esta condición permitió un acercamiento entre la investigadora y los profesionales abordados, en un dialogo de saberes, donde sujeto-objeto desaparecen entrando en escena los actores sociales en interacción dialógica.

c) *Descubrimiento de la función que la conducta desempeña en la vida del sujeto:* la dinámica y estructura de la investigación permitió interpretar lo simbólico construido por los/las profesionales, a través de las coincidencias y desaciertos entre lenguaje expresado y lenguaje gestual y para gestual; apoyándonos en las expresiones de Martínez, al referir que en ocasiones el contenido verbal no coincide con el lenguaje no verbal.

d) *Determinación del nivel de condicionamiento ambiental y cultural:* como la investigación se desarrolló en su propio contexto, permitiendo comprender el significado de ciertas actitudes y comportamientos humanos.

Estas cuatro dimensiones representan el “*esquema de comprensibilidad*” que permitió comprender e interpretar las representaciones sociales de la salud bucal de los profesionales.

### **3.2 Itinerario Metodológico.**

La investigación cualitativa, como todo abordaje de investigación, requiere de un preciso itinerario metodológico. Este itinerario, constituye un paso fundamental para imprimirle rigurosidad sistematización al proceso de producción de conocimiento.

Este recorrido abarcó una serie de fases: selección de territorio social, elección de unidades de análisis, recolección de la información a través de entrevistas a profundidad, sistematización, categorización y análisis del material recolectado.

### ***3.2.1 El territorio social.***

En relación al territorio social, Martínez (2004b:49), expresa que la *“información hay que buscarla en donde está”*. Se seleccionaron cuatro (4) comunidades una (1) urbana y tres (3) rurales del Estado Carabobo, en donde funcionan módulos de Barrio Adentro (B.A) con sistema de atención odontológica. Las comunidades elegidas fueron San Diego, la cual dentro del Estado Carabobo es identificada como Municipio urbano; así como, Vivienda Rural de Naguanagua, San Joaquín y Tocuyito, zonas identificadas dentro del Estado, como Municipios rurales.

La selección de las zonas en referencia obedece a que en ellas existían módulos de Barrio Adentro con servicios de odontología, atendidos por profesionales con más de un (1) año de ejercicio en la zona. Selección que se realizó a partir del desarrollo de una encuesta estructurada por parte de odontólogos/as de los diferentes Municipios.

### **3.2.2 Unidades de análisis.**

En la investigación cualitativa, la escogencia de los informantes como unidades de análisis es de gran importancia, ya que de su elección dependerá el éxito de la investigación. Lo ideal, es que las unidades de análisis representen de mejor manera al grupo, con el objeto que los aportes sean proporcionales con los fines que persigue la investigación.

Se escogieron a diez (10) profesionales de la salud bucal. Siete (7) odontólogas de San Diego, una (1) odontóloga de San Joaquín, una (1) odontóloga de Tocuyito, y un (1) odontólogo de Naguanagua. En el Municipio San Diego, se seleccionaron un mayor número de profesionales, por tres razones: a) la zona presenta gran cantidad de módulos Barrio Adentro con servicios odontológicos; el hecho de estar agrupados varios módulos en un solo Municipio, facilita la investigación por la cercanía entre ellos; b) en estos módulos se agrupa un número suficiente de profesionales que cumplen con los criterios de selección.: más de un año de servicio en el sector; c) vinculación laboral de la investigadora en el modulo de Los Arales por mas de 15 años. Módulo, de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo, lo que representó un interesante espacio para contribuir a enriquecer la formación en salud bucal, que se imparte en las aulas universitarias donde la investigadora se desempeña como docente - investigadora.

El total de los actores y actoras que participaron en la investigación estuvo representado por diez (10) profesionales, A quienes se les entregó un consentimiento informado, a fin de notificar sobre su responsabilidad como participantes claves en la investigación. Este tipo de muestreo selectivo, denominado por Strauss y Corbin (2002:230-231), *muestro discriminado*, permite minimizar los sesgos.

### **3.2.3. *Recolección de la información.***

La técnica dialógica escogida, fue la entrevista a profundidad. Martínez (2004a) la determina como un instrumento que presenta una gran sintonía con la investigación cualitativa, porque se acerca a las relaciones sociales desarrolladas en el contexto. Este tipo de entrevista implica un proceso de comunicación, en el cual ambos actores entrevistador y entrevistado, pueden influirse mutuamente consciente e inconscientemente, creándose un marco artificial fruto de la convivencia (Ruiz e Ispizua, 1989, González, 2005).

La entrevista a profundidad, es un acto *post-facto*, que toma la forma de relato narrado por los propios protagonistas, desde su propia óptica. Esta técnica dialógica implica una real intención de entendimiento del otro, a fin de descubrir en el otro, su universo subjetivo.

Taylor y Bogdan (1986; 170) definen a la entrevista a profundidad como “*encuentros reiterados cara a cara entre investigador e informante, dirigidos hacia*

*la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes acerca de su vida, experiencias o situaciones”.*

El rol del entrevistador es mayéutico, formando parte del proceso de investigación. Esta técnica le permite al entrevistador, acercarse a la realidad del investigado y al descubrimiento del significado. Se concentra en la experiencia subjetiva de los entrevistados, la cual se interpreta a partir de un marco complejo de creencias y valores.

A través de la entrevista a profundidad, se logró rastrear las representaciones sociales construidas en torno a la salud bucal y sus circunstancias. La entrevista a profundidad se complementó con otras técnicas de recolección con el objeto de reforzarla. Se utilizaron anotaciones de campo, grabaciones, filmaciones y fotografías. La grabación permitió escuchar entonación de ciertas frases o palabras, el timbre y el tono de la voz. La filmación, el lenguaje paragestual.

La entrevista se desarrollo en forma de diálogo y se contemplaron una serie de preguntas generadoras las cuales permitieron guiar el proceso. Al inicio de las entrevistas el proceso fue muy abierto, luego mas centrado en la temática.

La entrevista tuvo como propósito descubrir el mundo vivido en torno a la salud bucal, a fin de rastrear representaciones construidas. La entrevista duró, hasta

que ésta llegara a su saturación, en otras palabras, hasta que se repitiera el mismo discurso.

Se tomaron en cuenta las siguientes consideraciones al momento de planificar la entrevista:

- Se estableció una entrevista inicial, a fin de establecer el primer contacto, informar sobre la investigación e ir generando el *rapport*, entre investigadora y profesionales.
- Se convino el consentimiento previa información garantizándole al profesional que el material recolectado era solo para fines de la investigación y del total confidencialidad (Anexo, N°2).
- Se escogió el lugar apropiado para el desarrollo de la entrevista sin interferir en sus actividades profesionales.
- Se desarrolló de una manera flexible donde las preguntas sirvieron solo de guía, presentando todos los aspectos a explorar sin orden estricto. Se hicieron preguntas abiertas, con el objeto que el entrevistado respondiera libremente (Anexo N°3).
- Se grabaron, filmaron y fotografiaron las entrevistas, previa autorización.

Se realizaron 20 grabaciones estas fueron efectuadas en cuatro encuentros diferentes en los distintos módulos de atención: Los Arales, Campo Solo, Pueblo de

San Diego, El Morro, Vivienda Rural de Bárbula, San Joaquín y Tocuyito. Se desarrollaron dos grabaciones por profesional de una hora cada una.

Los datos relevantes se captaron a través de las anotaciones de campo y fotografías. Las fotografías permitieron la captación de las imágenes a fin reobtener eventos, gestos, movimientos corporales, que sin su uso sería imposible detallar.

La filmación constituyó una herramienta de gran utilidad, ayudó al análisis y permitió captar el lenguaje gestual. Por su parte, las fotografías permitieron inmortalizar las expresiones. Estas imágenes ayudaron a precisar el verdadero significado de la palabra, de una manera diferente.

La información obtenida fue transcrita de acuerdo al itinerario metodológico que a continuación se señala:

- *Transcripción de los discursos*: se procesaron datos como la fecha, hora de inicio y final, nombre y lugar de trabajo. Esta transcripción se complementó con las anotaciones de campo, fotografías y filmaciones.
- *Barrido del discurso*: se realizó una limpieza del discurso, eliminando las palabras o expresiones repetidas, así como, textos irrelevantes.

- *Saturación del discurso:* Bertaux (1993) expresa, que cuando los relatos comienzan a observar repeticiones, simplemente se desecha la información repetida, ya que la información llegó a su punto de saturación.

### ***3.2.2 Sistematización, categorización y análisis de la información recolectada.***

Una vez realizadas las transcripciones se procedió a la sistematización de la misma. Este proceso implicó una lectura completa de las transcripciones, para luego ordenar los párrafos por unidades temáticas.

Para el desarrollo de este procedimiento se siguió la metodología de Strauss y Corbin (2002). Los párrafos transcritos fueron clasificados por unidades temáticas las cuales se organizaron alrededor de núcleos centrales de sentido. Se prepararon columnas donde estos núcleos de sentido se plasmaron, dejando una columna libre para facilitar posteriormente, el proceso de categorización (Strauss y Corbin, 2002; Martínez, 2004).

La teoría fundamentada de Strauss y Corbin (2002:13) “*se refiere a una serie de datos recopilados de manera sistemática y analizada por medio de un proceso de investigación. En este método, de recolección de datos, el análisis y la teoría que surgirá de ellos guardan estrecha relación entre sí.*”. Como la teoría fundamentada

se basa en los datos, es posible que genere conocimientos, aumente la comprensión y proporcione una guía significativa para la acción.

Ambos autores refieren, que cuando un investigador inicia un estudio sin teoría preconcebida, se espera que esta emerja de los datos durante el proyecto. Lo más probable que la teoría emergente se parezca más a la realidad, que aquella que surge de la experimentación.

Sonería (2005) define a la teoría fundamentada, como el método de la comparación constante y el muestreo teórico. A través de la comparación constante el investigador recoge, codifica y analiza la información obtenida de manera simultánea, a fin de generar teoría siguiendo los siguientes dos pasos:

- *Ajuste*: las categorías deben surgir de los datos y ser fácilmente aplicables a ellos.
- *Funcionamiento*: deben ser significativamente apropiados y capaces de explicar la conducta de estudio.

El muestreo teórico para Strauss y Corbin (2002), se realiza para descubrir categorías y sus propiedades, y para sugerir las interrelaciones dentro de una teoría. A diferencia del muestreo estadístico, que está dado para obtener evidencias precisas. Siguiendo este muestreo, el investigador selecciona nudos centrales a estudiar para ayudar a refinar, expandir conceptos o teorías ya desarrolladas.

La sistematización, consistió en un procedimiento detallado que se obtuvo al revisar los relatos y oír las grabaciones repetidamente. Se fue diseñando y rediseñando la información según las unidades temáticas, así como, integrando y reintegrando el todo en las partes.

Una vez sistematizada la información se procedió a la categorización de la misma. La categorización-análisis-interpretación es un proceso continuo indivisible, que se inició en la entrevista al vislumbrarse las categorías emergentes, hasta el momento que se interpretaron dentro del contexto global adquiriendo significancia. En el análisis se relacionaron, compararon y contrastaron las categorías encontradas en los discursos, a fin de teorizar y precisar las representaciones sociales construidas sobre la salud bucal y sus circunstancias.

Se tomó como categoría, todo aquel símbolo que fue capaz de describir cualquier rasgo referente al proceso de la salud bucal, siguiendo los pasos referidos por Strauss y Corbin (2002):

- Se dividieron los contenidos en unidades temáticas, una vez transcrita la información.
- Se clasificaron y codificaron las expresiones de una manera clara y precisa, apareciendo la categoría central y nuevas categorías que se relacionan lógicamente y consistentemente con la categoría central a medida que se avanzaba el proceso.

- Se asociaron en una gran categoría, las expresiones que fueron comunes de acuerdo a su naturaleza y contenido, conocidas como megacategorías.
- Finalmente se desplegaron las categorías en una matriz temática denominada Corpus Temático. Se sigue un formato de columnas, estableciendo nexos y relaciones entre las diferentes categorías, así como, comparando y contraponiéndolas, para que surgieran nuevas relaciones.
- Se procedió a la interpretación de los datos cualitativos obtenidos.

Las categorías representan la descripción o expresiones que mejor describen ciertos atributos o propiedades (Strauss, 1987). Manifiesta el autor que la categorización es el mecanismo que se usa para abrir a la indagación y pasar a la interpretación.

Según Martínez (2004a), categorizar una unidad consiste en colocarle un nombre breve que sintetice o resuma el significado de la unidad. A las categorías menores se les denomina subcategorías. Varias categorías menores, pueden integrar una categoría.

La categorización se lleva a cabo a través del proceso de codificación, siguiendo el modelo de Strauss y Corbin (2002:110-177), la codificación puede ser: *Codificación abierta*: es el proceso analítico por medio del cual se identifican los

conceptos y se descubren en los datos, sus propiedades y dimensiones. Un concepto es un fenómeno, al cual se ha etiquetado. *Codificación axial*: consiste en el proceso de relacionar las categorías a sus subcategorías. La codificación ocurre alrededor del eje de una categoría, y enlaza a las categorías en cuanto a sus propiedades y dimensiones, de allí la denominación “*axial*”. *Codificación selectiva*: consiste en el proceso de integrar y refinar la teoría, después de determinar la categoría central. La categoría central sintetiza todos los contenidos del análisis en unas pocas palabras.

Siguiendo en esta investigación el proceso de codificación selectiva de Strauss y Corbin (2002), se logró la integración de la información por unidades temáticas y se precisó la categoría central.

La determinación de la categoría central, fue un punto clave desarrollado en esta investigación. En un sentido estricto, consistió en la condensación en unas cuantas palabras, de todos los productos discursivos. A través de la utilización de esta categoría (selectiva), se pudo lograr una aproximación lo simbólico subyacente en el imaginario de los profesionales, en torno a la salud bucal.

La idea de este sistema de codificación, consiste en encontrar una línea narrativa que integre las diversas categorías en un conjunto proposiciones, a fin de construir una teoría (Sonería, 2006).

Se define como categoría central, aquella que mejor se relaciona y está conectada con el resto de las categorías, apareciendo frecuentemente en lo largo de los discursos. Esta categoría tiene un gran poder analítico, por el hecho de formar un todo explicativo. Una categoría central puede evolucionar a partir de la lista de categorías existentes. Strauss (1987) proporcionó una serie de criterios a fin de determinar si la categoría califica como central:

- Tiene que ser central, en el sentido que todas las categorías principales se relacionen con ella.
- Debe aparecer con frecuencia en los datos, existiendo indicadores que apunten a tal concepto.
- La explicación que se desarrolla a partir de relacionar la categoría, es lógica y consistente y los datos no son forzados.
- El nombre que la describa debe de ser abstracto, a fin que pueda usarse en otras investigaciones.
- A medida que el concepto se refina analíticamente por medio de su integración a otros conceptos, la categoría crece en profundidad y en poder explicativo.
- El concepto puede explicar las variaciones, así como, el asunto central al que apuntan los datos. También debe explicar los casos contradictorios o alternativos en término de la idea central.

Finalmente, el proceso de contrastación se llevó a cabo relacionando y contrastando la información obtenida con los referentes teóricos que sustentan esta indagación. A fin de dar cuenta de lo social representado

En la interpretación de los datos cualitativos se distinguen tres niveles: el sintáctico, el semántico y el pragmático. El nivel sintáctico, está constituido por la forma o superficie del texto, donde la riqueza del discurso emanado y la variedad de palabras, expresan muchas cosas del entrevistado. El nivel semántico, está constituido por el contenido del texto; es el nivel de los significados, el cual es instrumentado generalmente por medio de los procedimientos de categorización. El nivel pragmático, es otro nivel de contenido, el cual está influenciado por la filosofía del lenguaje corriente, donde los componentes expresivos individuales juegan a producir un efecto totalizador.

Martínez (2004b:131), refiere al respecto, *“los tres niveles se interconectan y forman la semiótica, que es considerada como la disciplina metodológica que tiene como fin la interpretación de los textos-discursos”*.

Las representaciones de la salud bucal fueron interpretadas desde la semiosis social. Se estableció una acción comunicativa, que generó una causación recíproca entre profesional e investigadora, transformándose y resignificándose los discursos emanados. Se produjeron significados en función de significantes. Los fenómenos

sociales en relación a la salud bucal, se consideraron materias significantes, los cuales implicaron todo un proceso de producción de sentido. Se estableció todo un sistema representacional, emanado del análisis interdiscursivo.

La teorización como parte integral del análisis, debe fluir de manera lógica y no presentar inconsistencias. De encontrar ciertas lagunas o vacíos, se debe regresar, y una vez más, revisar los discursos categorizados, o en su efecto, regresar al campo si es necesario, como lo sugiere Strauss y Corbin (2002).

Martínez (2004 a; 2004b) afirma, que esta construcción mental es un descubrimiento, que requiere de la creatividad e imaginación, por lo que no existen técnicas, ni metodologías para su construcción.

Es el momento de máxima creatividad, donde el investigador/ar en comunión con los actores y actrices del proceso, tejen en una danza lúdica lo vivido, lo soñado, lo construido.

## ***CAPÍTULO IV***

### ***La Salud Bucal de Boca en Boca.***

El camino que se sigue en esta capítulo, partió de una totalidad conocida como la salud bucal, a partir de allí, se comenzaron a rastrear las representaciones sociales de los/las profesionales en torno a la misma, a través de un proceso hermenéutico dialéctico, entendiendo a la salud bucal como una totalidad social. Se llevó a cabo un proceso de deconstrucción, separando inicialmente las partes imbricadas en el complejo entramado de la salud bucal, para luego lograr nuevas unidades interpretativas. Aproximaciones que abrieron los caminos para aprehender lo subjetivo construido.

#### ***4.1 Deconstruyendo el rompecabezas.***

El pensamiento dialéctico necesita de la crítica para la aprehensión de las contradicciones, como lo refiere Minayo y colaboradores (2005), a fin de comprender el análisis de los significados. Se trata de producir un pensamiento crítico desde la hermenéutica y de la semiosis social, recuperando la complejidad del pensamiento, del discurso, creando mapas y espacios de investigación.

A través del análisis crítico de los discursos se puede explicar a la salud bucal como un *todo*, además, de explicar las *partes* implicadas en la construcción de la

misma desde los propios protagonistas. Se busca fijar el discurso, como una regla de oro, siguiendo expresiones Ricoeur (2004), se anda tras la búsqueda del poder que está implícito en los discursos.

Concebir a la salud bucal como una unidad compleja, produce una revolución social en el campo de la salud que organiza y desorganiza, genera rupturas y continuidades. Este es un proceso que se produce e y reproduce, los mismos movimientos son capaces de generar cambios, transformaciones, rupturas epistemológicas de elementos y procesos, que pueden llegar a superar los obstáculos epistemológicos en el campo de las ciencias de la salud.

Esta fragmentación del todo, debe ser comprendida como un momento intermedio de abstracción, para luego llegar como lo refiere Osorio (2001) y Balandier (1993), al punto final de integración y estructuración. A través de este giro hermenéutico (Gadamer, 1998), se trata de alcanzar una unidad interpretativa y compleja de lo expresado por los y las profesionales, a fin de desentrañar la síntesis de las múltiples determinaciones expuestas.

Al hablar de salud bucal, se revaloriza la vida del sujeto y su entorno social al ubicarla conceptualmente como un componente de la calidad de vida.

Se intentó rastrear las representaciones sociales que construyen los y las profesionales de la salud bucal, partiendo desde sus propias vivencias.

Pensar en la realidad de la salud bucal es un asunto complejo, y mucho más si pensamos en ella como una unidad múltiple y diversa. La salud bucal entendida como una totalidad social amerita ser desestructurada, para luego ser integrada en una unidad interpretativa compleja: *el ciclo hermenéutico*.

Entender al problema de salud bucal como un proceso social, no solamente tiene consecuencias para la investigación, sino también, para el ejercicio profesional, ya que existe un patrón cultural de la salud y enfermedad bucal, que se conoce como el perfil de representación social del proceso salud-enfermedad que está enraizado en la enfermedad, y que es abordado a través de la aplicación de un modelo de atención eminentemente curativo.

En tanto tal, se realizó un análisis hermenéutico de los discursos apoyado en los aportes que brinda la teoría crítica a fin de interpretar las representaciones rastreadas, y por ende las marcas ideológicas que orientan sus saberes. El análisis crítico estuvo centrado en el sentido de los significados. Sentido que fue estructurado en temáticas, a fin de poder responder a los propósitos de la tesis:

#### **4.1.1 Primera Temática.**

##### ***Ser- persona / Ser- profesional. Representaciones Sociales.***

Ser-persona / ser-profesional, fue la primera unidad temática puesta en análisis. Se rastrearon las representaciones sobre la profesión, y la relación entre la formación universitaria y el ejercicio profesional.

Al indagar sobre representaciones sociales acerca de su praxis, las respuestas estuvieron centradas en la relación asistencia-atención-clínica, expresión consolidada a través del siguiente extracto del discurso:

*Bueno mira, yo creo que estoy satisfecho con la labor que estoy desempeñando allí. Es como, darle un servicio a la gente que ha sido excluida por tanto tiempo, que no tienen acceso a esa odontología privada, que es costosa.. (Entrevistado de Naguanagua).*

La expresión “*estoy satisfecho con la labor*”, denota orgullo y agrado con respecto al desempeño, recalcando además, que la labor está enfocada al asistencialismo, “*servicio a la gente*”. Expresiones que dejan muy claro el sello ideológico del modelo biomédico.

.El **modelo biomédico** como categoría central, es una marca en los discursos, ya que está firmemente arraigado en el pensamiento de los profesionales como producto de una formación académica cartesiana. Este modelo no solo está presente

en la formación académica, sino que se reproduce en el sistema de atención, en las políticas públicas vigentes y por supuesto, en el abordaje que se hace de la salud, haciendo hincapié en la enfermedad más que en la propia salud, como lo refiere Capra (1992), el modelo funciona en dependencia con la enfermedad.

*Si, me siento bastante cómoda ahí. Si, es un sitio bastante tranquilo y la gente ha sido bastante bien. No, cambiaría mi profesión, me gusta sanar, me siento bien. (Entrevistada de San Diego).*

*Pero yo me siento súper bien ahí, atendiendo a la gente, siempre me he sentido identificada, porque se trabaja bastante bien en esas zonas rurales. En esa zona la gente es bien agradable, y por lo menos en mi consulta tenemos un buen ambiente de trabajo, y eso influye bastante, me siento bien curando y resolviendo problemas. (Entrevistada de Tocuyito).*

La expresión “*me gusta sanar o “me siento bien curando y resolviendo problemas”*”, denotan un desempeño de la profesión destinado a la ejecución de una actividad clínica curativa que busca recomponer lo que está enfermo, en otras palabras, reconstruir la máquina que está descompuesta.

La satisfacción y el gusto por la labor desempeñada, son expresados a través de la acción curativa. Esta representación es el reflejo de una formación académica, enclavada dentro de un enfoque eminentemente utilitarista, producto de una matriz racionalizadota dirigida al logro de fines exclusivamente, donde la praxis está subsumida en el paradigma que la conforma y contiene.

Pesquisas cualitativas entre una de tantas, adelantadas por Cohen, D'Alessandro y Neiling, (2008) en Buenos Aires, sobre representaciones sociales del proceso salud-enfermedad en alumnos de psicología, evidenciando representaciones donde queda bien claro la ubicación ideológica de la salud, dentro del modelo biomédico. La salud es un espacio exclusivo de los médicos, la salud pública responsabilidad del hospital, la salud mental de la institución psiquiátrica.

El modelo biomédico, influenciado por el paradigma cartesiano constituye la base conceptual de la medicina científica moderna y de sus fundamentos filosóficos (Capra, 1992; Pineda, 1996; Sosa, 2006).

Este modelo considera al cuerpo como una máquina, el cual solo puede analizarse desde sus partes y desde la enfermedad. La enfermedad, es concebida como el funcionamiento defectuoso de la máquina, vista desde la biología celular y molecular; y el profesional, es aquel individuo que interviene física o químicamente, para corregir las disfunciones de un mecanismo específico, como bien queda descrito en este texto:

*Ahorita en estos momentos estoy contenta, si de verdad, porque me dediqué a esto, me pareció interesante, o sea, como una nueva experiencia, vamos a tomarlo así Estoy satisfecha con lo que estoy haciendo, estoy sanando, curando. (Entrevistada de San Diego).*

*Si, he aprendido amarla, y me siento bien, no sé, y será Dios que me ha dado ese regalo pues, de amar más mi profesión. Eso es, en la medida que tú le das sentido a las cosas que estás haciendo, como curar. (Entrevistado de Naguanagua).*

Una satisfacción mediada por la corrección de las disfunciones de la boca “estoy satisfecha con lo que estoy haciendo, estoy sanando, curando”. Esta satisfacción denota el desempeño del “arte de curar”, “tú le das sentido a las cosas que estás haciendo, como curar”.

El *arte de curar* representa una visión parcial de los trastornos, como lo refiere Fuchs (1974), se reproduce la visión reduccionista de la atención médica, y solo el o la profesional es responsable de tratar la enfermedad. Representaciones que sellan lo hegemónico del modelo biomédico.

Representación ampliamente mencionada por Gadamer (1996), en su texto *El estado oculto de la salud*, quien sostiene que en la modernidad la meta de la medicina es curación, la cual solo es considerada desde un enfoque mecánico funcionalista, sin tomar en cuenta los aspectos socio estructurales que la determinan y condicionan.

Capra, considera que este modelo está muy arraigado en la cultura occidental, siendo el modelo más difundido además de impactar en el pensar y en el actuar de la colectividad científica. Según el autor, la salud y la enfermedad es definida desde el modelo biomédico, de la siguiente manera: “una persona sana era un reloj bien

*hecho en condiciones mecánicas perfectas, mientras que una persona enferma era como un reloj cuyas partes no funcionaban correctamente”* (1992:155). Las principales características del modelo biomédico, así como, muchos aspectos de la práctica médica ordinaria, nos remite a este imaginario cartesiano.

El biomecanicismo del modelo, impulsa la mirada mecánica en todo lo relacionado a la salud y a sus circunstancias. Esta visión mecanicista tiene su base en la física clásica de Isaac Newton, en la filosofía cartesiana y en la metodología científica de Bacon, deviniendo en una teoría reduccionista arraigada en la cultura desde el siglo XVI hasta la actualidad.

Modelo asumido por la ciencia moderna como paradigma fundante. Las teorías de Bacon hacen una descripción matemática de la naturaleza, ésta sólo funciona en relación a las leyes mecánicas, en tanto tal, sólo pueden ser manipulables y medibles.

Por otra parte la influencia del paradigma cartesiano constituye sin lugar a dudas, la base conceptual de la medicina científica moderna

El paradigma newtoniano ha sido definido por Martínez en su obra *el paradigma emergente* (2000), como la “*mecánica clásica*”, paradigma que como lo expresé anteriormente, ha dominado al campo de la salud. Engels sostiene, que después de tres siglos, las ciencias de la salud continúan basándose en la concepción del cuerpo como una simple máquina fragmentada.

La visión fragmentada del cuerpo y al abordaje mecánico impregna todo el sistema de valores, enfatizado por las innovaciones tecnológicas, lo que ha devenido en una representación de la salud bucal, totalmente separada del cuerpo y de la vida.

La atención clínica y el placer a través de la curación, es considerada por los entrevistados como la mayor cualidad que tiene el profesional de la salud bucal. Representación que emerge como una constante en los discursos de los/las profesionales independientemente del sitio de trabajo, ya sea rural o urbano, y del sexo.

Torres en México (2000), al investigar las representaciones sociales de ciertas enfermedades crónicas como, sida, cáncer, chagas, lepra, los nervios, hipertensión, diabetes, entre otras, demostró lo arraigado el modelo biomédico, aun en el saber popular.

Sin lugar a dudas, ha habido aproximaciones hacia un nuevo abordaje de la salud tomando distancia del modelo tecnocientífico. Dentro de este marco referencial menciono a Almeida Filho y Silva (1999), quienes redefinen las directrices de la teoría y la práctica social de la salud en el mundo occidental, con posturas post-positivistas.

Frente a la concepción positivista-funcionalista de la salud y la enfermedad, surge un pensamiento contra hegemónico en el siglo XIX, que visibiliza la naturaleza social de la salud y la enfermedad, incorporando al debate nuevas dimensiones epistemológicas para abordar la temática en cuestión, desde otro referencial teórico-conceptual. Nos referimos a la *medicina social*, que intenta lograr su identidad en contraposición con la salud pública, la cual desde esta concepción, tiene una proyección elitista e idealista con gran énfasis en lo tecno científico y lo funcional; desconociéndose el carácter histórico social de la salud y la enfermedad.

La medicina social se nutre del pensamiento marxista, si queremos ubicarla epistemológicamente, es necesario evidenciar toda una serie de marcas ideológicas que la caracterizan: relaciones entre el concepto de salud, los modos de producción y las formaciones socioeconómicas; relaciones entre la organización de la acción de salud; investigaciones históricas sobre la formación, el desarrollo y la consolidación de las organizaciones prácticas y de la educación médica. Marcas ideológicas inscritas dentro de las relaciones entre los modos de producción, la formación socioeconómica y las relaciones entre las ciencias sociales y las ciencias biológicas.

La medicina social orienta su búsqueda, hacia la salud colectiva. Desde este marco epistémico, propone que nuestro objeto de reflexión e intervención no sean los individuos, sino los actores/as sociales. Su centro de atención serían las poblaciones vistas como totalidades, cuyas características trascienden al mero agregado de

individuos; ampliando así la definición de problemas, la investigación y prácticas dentro del encuadre materialista histórico, y no solo, en determinantes de la enfermedad. Enfrenta a la mirada positivista al incorporar otras categorías de análisis como lo económico, lo social, lo político, lo filosófico y lo ideológico como mediación para comprender la salud-enfermedad, como expresión de unas relaciones de producción histórica cultural.

La medicina social y la salud colectiva han sido fieles a la conquista de los derechos humanos, los cuales no pueden lograrse si no es a través de una conciencia social, donde se vinculen otros saberes y otros sentires. El mundo en el que se mueve este enfoque, es un mundo que está dado y está dándose, dinámica que requiere conocer y accionar en esa doble existencia en función de trascender el patrón morbicentrista.

Los aportes de la medicina social, han sido muy significativos para enfrentar el poder hegemónico del modelo biomédico, reafirmandose el concepto de salud como un derecho individual y colectivo integrado a los derechos fundamentales. La salud considerada como un derecho social, como una finalidad social del Estado vista desde sus dos dimensiones: lo individual y lo colectivo, de allí su carácter dinámico e integrador. El método-camino trazado por la medicina social intenta romper con el pensamiento positivo de la causalidad al establecer un acercamiento logrando

contactos íntimos entre las diversas vertientes epistémicas (Gadamer, 1996; Almeida Filho, 1997; Breilh, 2003).

Granda (2001), define a la salud pública alternativa como una nueva propuesta fundamentada en una metáfora que reconoce tres presupuestos: el primero filosófico-teórico de la salud y la vida, sin descuidar la prevención de la enfermedad; el segundo de métodos, que integran diversas metáforas y proponen variadas hermenéuticas (incluida la científica positivista) capaces de dar cuenta de la actividad natural, la acción social y las estructuras sociales; el tercero, el de las prácticas sociales que integran diversos actores y poderes además del poder del Estado, el de los individuos y de los movimientos sociales que promueven la salud, controlan socialmente el cumplimiento de los deberes y luchan por su democratización.

La reforma en salud, según este autor, constituye un cambio de paradigma en el quehacer del sector. Esto implica, un cambio del modelo dominante morbicéntrico, hospitalcéntrico y medicalizado, a uno alternativo. Este nuevo modelo hace énfasis en el mantenimiento de la salud del individuo, familia y comunidad, con una visión focalizada en la promoción y educación.

Otra definición dentro de la óptica alternativa, es la que da Granados “*Conjunto de medidas políticas, económicas, sociales, culturales, epidemiológicas, sanitarias y médicas dirigidas a proteger y mejorar el estado de salud de la población, a la vez*

*que disminuye las brechas existentes entre los distintos grupos sociales y fomentan la inclusión, la integración y la cohesión social” (2005:166).*

El proyecto la Salud Pública en las Américas (OPS, 2000) propone cuatro agrupamientos, que significa el desarrollo de prácticas sociales orientadas a generar una cultura de la vida y de la salud; también significa la construcción de entornos saludables; así como, la construcción de ciudadanía y de capacidad de participación en salud. Por último, el documento propone la atención a las necesidades y demandas de salud, sosteniendo que *“las prácticas sociales adquieren una expresión correspondiente en el sector salud, en términos de promoción de la salud” (2000:9).* La nueva salud pública le concede una clara referencia a la salud, como un producto y como un proceso (Granados, 2005).

Dentro de esta salud pública alternativa, nace la epidemiología crítica como una mirada alternativa para tomar conciencia de sus implicaciones y responder a las necesidades humanas desde el orden individual o micro, y su reproducción al orden social o macro (Breihl, 2003; Samaja 2004). La epidemiología crítica permite superar el pensamiento simplificador y reduccionista del positivismo, abriéndose a potencialidades de la complejidad y diversidad. A través de la salud pública alternativa y de la epidemiología crítica, el sujeto obtiene una serie de beneficios que le permiten una mejor convivencia y mejoramiento de sus condiciones y de la sociedad en donde pertenece, que solo se logra a través del trabajo en las comunidades.

Retomando el hilo del discurso, y centrándonos ahora en el hacer profesional; nos encontramos con unas representaciones que dan cuenta de lo sedimentado del modelo biomédico en el imaginario de los/las profesionales entrevistados/as, reflejo de una labor netamente asistencial y descontextualizada; reproduciéndose el modelo cartesiano biomédico el cual ignora los factores socio-estructurales que están involucrados en la salud bucal.

*Lo que me agrada de mi profesión es que cuando el paciente se siente bien atendido te refieren bastante, y no se atienden con otros si no es contigo, y prefieren ir sopotocientas miles de veces, pero si no es contigo no se atienden. (Entrevistada de San Diego).*

*Me gusta mi profesión, bueno a mi siempre me llamó la atención trabajar con salud, es bueno, tiene mucha satisfacción. Porque de repente un ingeniero ve un edificio construido, pero uno dice, el paciente siempre va a tener más contacto contigo, tú sientes que es agradecido, que te da las gracias. (Entrevistada de San Joaquín).*

Resulta interesante lo que surge de la superficie textual como representación: “trabajar con salud, es algo bueno”, “me gusta mi profesión, porque el paciente siempre te da las gracias”. Gadamer (1996) en relación al agradecimiento añade, que un paciente razonable siempre quedará agradecido en caso de producirse una recuperación. Mientras que, Parsons (1966) relata en su análisis sobre la relación médico-paciente, que el profesional actúa con un rol interviniente, ya que promueve el control social de la enfermedad, en este sentido el paciente siempre estará agradecido.

En relación al desarrollo del ser profesional nos encontramos con interesantes marcas ideológicas veamos:

*Entonces en la medida que tú le das sentido, llega el momento en que por ejemplo yo quieras más. Yo no quiero seguir haciendo la odontología del primer nivel, pero quiero ir a otro nivel, quiero hacer más, sin dejar de hacer la atención primaria. Pero tampoco quiero quedarme por ejemplo si estoy haciendo la secundaria, dejar de hacer primaria, porque tampoco quiero quedarme, si estoy haciendo la secundaria...ha, yo no voy a poner amalgama, yo no hago eso. (Entrevistado de Naguanagua)*

El discurso refleja un aspecto fundamental de la ciencia en la modernidad: el predominio de las especializaciones, “*yo no quiero seguir haciendo la odontología del primer nivel.*”

El sistema de atención en la misión Barrio Adentro, esta pensado y diseñado para la atención primaria en salud. La formación académica contrariamente esta enmarcada en un modelo donde se privilegia la clínica y se enfatiza en las especializaciones.

“*Quiero hacer más*”, no es más que el reflejo de unas representaciones donde el nivel primario de atención, connota actividades no significativas y de muy poco valor dentro de la práctica odontológica. Esta manera de construirse el ejercicio profesional, evidencia un cierto desprecio por las actividades de promoción de la salud.

Se reconoce que las tendencias teóricas, epistemológicas y metodológicas en la formación de los/las profesionales universitarios en el campo de la salud bucal, responden a una visión reduccionista – disyuntiva.

Parsons (citado por Aguayo, 2007:102) hace importantes aportes sobre el tema afirmando, que la profesiones modernas están fundadas sobre competencias técnicas en el dominio definido, enfatizando el campo del conocimiento, consolidando el **paradigma positivo- funcionalista** de las profesiones.

*Me gusta mi profesión, pero todavía me falta, tengo que seguir estudiando especializarme en prótesis porque la población le hace falta, me gustaría hacer diplomados y seguir preparándome, especializarme. (Entrevistada de San Joaquín).*

En este texto sobresale el discurso de las especializaciones. La tendencia a la especialización es el punto de referencia de todo profesional y en el área de la salud, es aún más evidente.

Las especializaciones ofrecen prestigio a quienes la ejercen, ya que el hecho de conocer al detalle una parte del cuerpo, garantiza dominio y poder (Seldin, 1977; Capra, 1992; Pineda, 1996; Sosa, 2006).

La preparación, siempre estará en función de una especialización clínica que abarque el modelo de atención en salud en el nivel secundario: “seguir

*preparándome, especializarme*". El argumento que se esgrime responde perfectamente a lo señalado.

*"A la población le hace falta prótesis, endodoncias, aparatos".  
(Entrevistada de san Diego)*

El paradigma positivo-funcionalista sostiene, que el ejercicio profesional requiere de formaciones académicas especializadas y de tiempos prolongados de formación, sobresaliendo la especialización, como uno de los objetivos de la academia. Se reconoce y legitiman los espacios donde el paradigma debe sedimentarse y reproducirse.

Para garantizar su poder se crean organizaciones profesionales, colegios y sociedades gremiales, como los organismos encargados de controlar el ejercicio profesional; y discriminar a las profesiones por estatus otorgándoles diferentes niveles de prestigio y remuneración.

Estos criterios definen a las profesiones científicas modernas: por un lado enfatiza en las sub-especializaciones y desarrollos disciplinares, por otro lado, se identifica a las profesiones como organismos intermedios entre la sociedad y el Estado. Se asume, que la sociedad contemporánea requiere de un sistema de profesionales especializados/as, a través del desarrollo de modelos de formación con tendencia clínica. El auge de las especializaciones y los adiestramientos delimitados

en ciertas áreas específicas del cuerpo, constituyen el sustrato ideológico del modelo cartesiano (Evans, 1982; Jaspers, 1988).

El discurso de los entrevistados y entrevistadas, nos permiten visibilizar las representaciones que saltan de la superficie textual:

*Uno quiere especializarse, quiere hacer endodoncia, prótesis y ya cuando estás en un servicio de atención primaria eso se restringe un poco, o sea, ya dejas un poquito de hacerlo. (Entrevistada de San Joaquín).*

Al respecto, Parsons (1979) refiere que las profesiones son portadoras del principio de racionalidad deviniendo en un nuevo tipo de autoridad en la sociedad, basada en la competencia técnica y vinculada a la especialidad funcional. La especialización involucra logros individualistas que aseguran la cohesión moral en las sociedades modernas, otorgándole un papel esencial y una categoría de dominación, siendo esta, una de las pautas institucionales de la modernidad.

El autor define a las profesiones de la salud, como el tipo ideal de profesión que reúne el grado más alto de las características del rol del profesional: “*competencias, técnicas, universales, de alto nivel, una especialidad funcional y especializada en su dominio, y una neutralidad afectiva, que permite un diagnóstico y un tratamiento exitoso*” (Parsons, 1979:151).

En este mismo orden de ideas, Habermas (1984) precisa que la práctica médica, tiene que adquirir la forma de un dominio técnico sobre los procesos objetivados, acotando además, que la formación académica está vinculada a la racionalidad técnica e instrumental.

“*uno quiere especializarse*”. Representa la máxima aspiración profesional. La ratio técnica como plataforma que asegura, además de éxito profesional, status y prestigio.

*Me gustaría también hacer una especialidad en la parte de administración, prótesis, ortopedia... (Entrevistada de San Diego).*

Evidentemente, en el discurso queda bien claro que la especialización es una fuerte representación.

Recordamos a Foucault (1992), quien hace referencia a las relaciones de poder que se constituyen a partir de la disyunción. El espacio médico, es un espacio altamente estructurado lo cual supone discursos muy formalizados institucionalmente y claramente delimitados.

En tal sentido, la especialización, es una tendencia irrefrenable de las ciencias modernas y en todo su procedimiento, provocando la separación y fragmentación del

objeto de estudio. El verdadero horizonte del especialista, como lo refiere Gadamer (1996), se limita al desarrollo de una metódica en relación a su especialidad.

La super-especialización en la visión de Fergusson (2004), impide la integralidad, el profesional solo es dueño de una parte del conocimiento que le otorga su especialidad, dado que se abandona la idea de integralidad y complejidad sistémica. Cada subárea de especialidad se aborda solo de una manera fragmentada, aislada y desintegrada.

Bajo esta episteme, las representaciones que prevalecen con respecto a su profesión, están matizadas por sentimientos donde el individualismo, es la constante que orienta el hacer,

*Me parece que es una labor demasiado importante y me siento súper realizada porque tu ves el resultado que obtienes, y ves como la persona se va contenta del consultorio. Personas que hace mucho tiempo no tenían esa posibilidad, yo como ser humano, garantizarles que por lo menos se puedan reír, o puedan portar una prótesis o se pueda sacar un diente, que desde hace mucho tiempo les molestaba. O sea, ver la satisfacción con la que ellos salen del consultorio, y lo agradecido que ellos se sienten, eso para mí es una satisfacción muy importante. (Entrevistada de San Diego).*

La modernidad dividió y fragmento a los seres humanos, imposibilitándolos de proyectar y realizar auténticas formas de convivencia. Al negarse las condiciones para que los otros se expresen y compartan los saberes, se les convierte en sujetos

sujetados, dóciles, pensados por otros, salvados por otros: *“yo como ser humano, garantizarles que por lo menos se puedan reír, o puedan portar una prótesis o se pueda sacar un diente”*.

Las representaciones encontradas reflejan como los odontólogos/as vehículizan una experiencia marcada por unas relaciones de saber-poder, maquilladas por una clara postura mesiánica.

En el campo de la salud señala González (2001), esa relación saber-poder-sumisión, responde a una estructura tecnocrática, constituyendo el eje semiótico fundante de esa interacción.

Estamos sin lugar a dudas, frente a un biopoder que funciona para la disyunción.

Ahora bien, volcando la mirada sobre el pensum de las facultades de odontología, se evidencia que en los primeros años del plan de estudio de la carrera, predominan las asignaturas de índole general como histología, anatomía, bioquímica, fisiología.

No obstante, se hace mucho ahínco en las actividades preclínicas, reforzándolas en los años superiores con la enseñanza y adiestramiento en las asignaturas clínicas especializadas, que tienden a la desintegración del conocimiento y más aun, a la desintegración de la boca del resto del cuerpo. Esta formación

disyuntiva y morbicentrista, se consolida aun más a partir de las ideas de Abraham Flexner.

El modelo flexneriano como un modelo de formación, ha estado presente en todas las universidades del mundo, y en Latinoamérica ha sido ampliamente difundido por organizaciones internacionales como la Organización Panamericana y Mundial de la Salud (OPS – OMS). Los trabajos de Flexner datan de 1910, significando que han predominado por más de 100 años en la formación de médicos, odontólogos y cualquier recurso humano de ciencias de la salud.

Formación que mantiene vigencia en la mayoría de las escuelas de ciencias de la salud del mundo, prevaleciendo su aplicación y reproduciéndose en el hacer profesional (Neame, 1984).

*Me gusta lo que hago, amo lo que hago y me encanta darle un servicio a la comunidad que es gratuito, es algo que me satisface mucho, sin embargo me encantaría como ir un poquito más, tratar de brindar un atención que yo sé que la gente no la va a tener; darle realmente un saneamiento completo, integral, con una endodoncia, un aparato. (Entrevistada de Tocuyito).*

*Estoy contenta con mi labor, pero quiero hacer cosas que realmente no las puedo hacer, una endodoncia, una ortopedia, erradicar un hábito. (Entrevistada de San Diego).*

Las representaciones que podemos extraer de estos trozos de discurso, nos permiten visibilizar confusiones conceptuales “*darle realmente un saneamiento completo, integral, con una endodoncia, un aparato*”.

. Se asume como atención integral, la realización de actividades clínicas. Craso desconocimiento de lo que significa la atención primaria de salud<sup>3</sup> y los fundamentos que la sustentan.

Esta vaguedad conceptual, nos hace inferir un desconocimiento sobre lo que ha significado el discurso de Alma-Ata en la orientación de las políticas de salud, para America Latina. Más aún, unas representaciones totalmente contradictorias con el espíritu de la misión Barrio Adentro, espacio donde se supone se están construyendo nuevas representaciones; y como si fuera poco, un aprendizaje nada significativo de lo presente en la cognición de los profesionales y de la experiencia comunitaria vivida en sus espacios de formación de pregrado.

Representaciones que reflejan una práctica en salud desintegrada y desintegradora y con muy poca pertenencia social.

---

<sup>3</sup> El sistema de atención de salud de nivel primario. representa el primer nivel de contacto con el sistema nacional de salud de la Misión Barrio Adentro. Constituye las actividades básicas en salud bucal mediante el cual los individuos, familia y comunidad reciben atención (Geiringer, 1989:161).

*Aunque Barrio Adentro quiera abarcar muchas cosas hay cosas que realmente no las puede hacer, una endodoncia, no la puede hacer, una ortopedia, erradicar un hábito, es algo que uno no puede hacer. (Entrevistada de San Diego).*

*No le cambiaría nada a mi profesión si,... Si claro solo cambiaría el seguir preparándome, especializarme dentro de ella. (Entrevistada de San Joaquín)*

El modelo *flexneriano* recomienda que el egresado debe estar en capacidad de integrar las ciencias básicas con las ciencias clínicas, a través de un aprendizaje activo, memorístico, que le permita desarrollar pensamiento crítico y la habilidad de resolver problemas durante el resto de su vida. Modelo memorístico basado en evidencias clínicas exclusivamente (Tomey, 2002).

Estas características son las que marcan a la práctica profesional odontológica, restringiendo a la salud bucal a un ejercicio técnico, en un espacio clínico específico, y a espaldas de la dimensión social de la salud-enfermedad.

*Entonces en la medida que tú le das sentido, llega el momento en que por ejemplo, yo quiero más. Yo quiero hacer más Entonces, ya yo no quiero hacer nada igual, quiero más clínica, mejores condiciones en el consultorio. (Entrevistado de Naguanagua).*

*...quiero ir a otro nivel, quiero hacer más, hay bastante necesidad protésica. (Entrevistada de San Diego).*

El énfasis clínico, en estos textos, responden a las recomendaciones de “*flexner*”, quien estableció claramente la importancia y necesidad de la formación

clínica en los estudios médicos y odontológicos, generándose una perniciosa contraposición entre ciencias básicas y ciencias clínicas que se hace presente hasta nuestros días, y que refuerza el modelo de atención clínica fragmentada.

Durkheim (1995:419).en *La división del trabajo social*, afirma que hasta tiempos muy recientes la ciencia no se hallaba muy dividida, argumentando “*a medida que la especialización se introduce en el trabajo científico, cada sabio se ha ido cerrando cada vez, no sólo en su ciencia particular, sino en un orden especial de problemas*”.

En la Universidad de Carabobo, específicamente en la Facultad de Odontología, el plan de estudios 2008, está dirigido a formar a un profesional que sea capaz de participar en el equipo de salud, en el campo específico de la salud bucal, y capaz de actuar en las diversas especialidades de la salud bucal. Aún cuando, las actividades incluyan todas las áreas y acciones de prevención, diagnóstico y tratamiento de las situaciones de salud-enfermedad bucal, tanto en la atención individual como en la comunidad, estas no se concretan en el desempeño profesional. El pensum tiene un asomo participativo en el primer nivel, no obstante, sigue estando enmarcado todo el currículo dentro de los lineamientos del *modelo flexneriano*.

*Pero si me gusta estudiar, porque me gusta superarme y alcanzar muchas metas, especializarme en prótesis, y dar una mejor atención. (Odontóloga de Tocuyito).*

Weber (1967:102) sostiene que “*la formación universitaria de las sociedades modernas cuenta de un saber que lejos de ser general, tiende a ser cada vez más especializado*”. En este orden de ideas, Morin (1999) afirma que el desarrollo disciplinar de las ciencias si bien trajo como ventaja la división del trabajo, mayores fueron las desventajas e inconvenientes que aportaron la super-especialización como el enclaustramiento y la fragmentación del saber. Jaspers (1988) señala que la especialización científica impone la reforma de la instrucción, saturando los planes de estudios. Feo (2003), precisa que el auge de las sub-especializaciones, es la norma y los postgrado responden más a las necesidades individuales de prestigio, que a los requerimientos de la estructura sanitaria.

La alta tecnología, el abuso de los medicamentos, la practica médica reduccionista y especializada, que se reproduce en la praxis, ha sido troquelada en la academia.

*Lo que falta allá es tratamiento de conducto, y como te dije, rehabilitación protésica, que no la podemos hacer. De verdad prefieren hacerse una extracción, que hacerse un tratamiento de conducto porque no hacemos y no tienen el recurso, o las posibilidades económicas, de hacerse un tratamiento de conducto. (Odontóloga de San Diego).*

Capra (1992) explica que la ciencia y la tecnología han ideado métodos y técnicas complejas y precisas para extirpar, arreglar o remplazar, partes del cuerpo dañadas, sin tomar en cuenta el sistema de vida.

Dentro de esta lógica, el paradigma que contiene nuestro conocimiento, es incapaz de responder a las necesidades sentidas de la población en materia de salud, puesto que la ciencia se ha fundado en la exclusión del sujeto, evidenciándose una fuerte tendencia a la fragmentación.

El concepto de técnica vinculado al pensamiento científico, tiene a su alcance un número creciente de posibilidades específicas, en el terreno de los procedimientos clínicos (Gadamer, 1996). Argumentos utilizados en la planificación de las políticas públicas y en la gerencia de los sistemas sanitarios, los cuales han optado por el tecnicismo y la tecnocracia, vinculados con el arte de curar.

Vicens (1995), expone que a pesar de suponer un beneficio lucrativo de cierto sector social, el tecnicismo en la profesión conduce a la deshumanización de la profesión.

*Sabemos que ahorita estamos dando una atención primaria, y que más adelante, debe haber niveles, tecnología apropiada donde se pueda dar esa atención secundaria. Pero quisiera que los niños, salieran de ahí, con un mantenedor de espacio colocado, con su pulpotomía y pulpectomía realizada, que por lo menos uno sabe que eso es salud, que se les está dando salud. (Odontóloga de Tocuyito).*

*Hay más personas que necesitan prótesis, ellos dicen que quieren una plancha, quiero unos dientes y uno le dice "ah... bueno mira hay que sanear todo, sacar las que se tengan que sacar, curar las que se tengan que curar y una vez que tenga su boca sana, yo le hago un récipe donde dice que necesita tú prótesis, porque yo no tengo el equipo necesario para hacerla. (Odontólogo de Naguanagua)*

Para los entrevistados, la presencia de la tecnología es indispensable para el desarrollo de la praxis, *“tecnología apropiada donde se pueda dar esa atención secundaria<sup>4</sup>”*, *“yo no tengo el equipo necesario para hacerla”*. Representaciones que sellan el auge de las **innovaciones tecnológicas**.

La tecnología es sinónimo de salud, como lo evidencia la expresión, *“que por lo menos uno sabe que eso es salud, que se les está dando salud”*.

Se sabe, que ninguna época de la historia ha producido tanta tecnología como la presente. Pineda (1995) explica, que el interés técnico ha generado una racionalidad instrumental que manipula y controla el entorno, donde la salud bucal no escapa a esta condición, prevaleciendo en ella una fuerte racionalidad tecnológica. El positivismo y los adelantos tecnocientíficos han dado lugar a un proceso donde el conocimiento pierde vigencia con asombrosa celeridad, y una nueva hipótesis devora a la anterior de manera que se manifiesta como bien lo señala Rojas Malpica, *“la tecnología que produce el saber se obsoletiza al poco tiempo de aparecida”* (1996:20).

Se ha llegado al máximo de la concepción biologicista de la salud y la enfermedad bucal, tras el uso de eficientes método de diagnóstico y sofisticadas

---

<sup>4</sup> Atención de salud de nivel secundario: sirve como punto de apoyo y de referencia del nivel primario. Atenderán casos que necesitan servicios auxiliares de diagnóstico y especialidades como endodoncias, ortopedia, cirugías complejas, entre otras (Geiringer, 1989:162).

técnicas de tratamientos para las enfermedades puramente orgánicas, como el radiovisiógrafo, los instrumentos rotatorios, los análisis bioquímicos, el láser, los implantes de titanio, las cámaras intrabucales, las técnicas termoplásticas, etc.

La imposibilidad de poder realizar sofisticados tratamientos, se traduce en la visión de los entrevistados en una práctica incompleta y problemática.

*Esa parte de la atención a los niños, sobretodo aparatología, hay mucha necesidad de hacer pulpotomía, pulpectomía. A veces hacemos la pulpotomía, pero no tenemos Rx, mandamos a tomar la plaquita al niño. Mantenedores de espacio. (Odontóloga de San Diego)*

Todo este andamiaje tecnológico, semiológico y terapéutico presentes en el campo de la salud bucal, bien lo expresa la entrevistada “*aparatología, hay mucha necesidad de hacer pulpotomía, pulpectomía*”, si bien ha ayudado a solucionar un problema netamente biológico, no se han podido concretar acciones de promoción de la salud, predominando acciones preventivistas-curativistas exclusivamente.

El preventivismo clínico, hace abstracción de la salud colectiva. Acciones efectistas, circunstanciales y coyunturales que no tienen ningún impacto social en las comunidades.

*Me gustaría que esa atención fuese más completa en todos los ámbitos, de poder tener un lugar de hacer una endodoncia, herramientas para una cirugía de terceros molares, que podamos darle una atención más completa al paciente. (Odontóloga de Tocuyito).*

La expresión “*que esa atención fuese más completa*”, confirma lo expresado. La representación de integralidad, está dada por el desarrollo de actividades netamente clínicas, orientadas por las leyes de mercado en el campo de la salud bucal, las cuales delimitan el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación de la enfermedad bucal. Actividades que dejan a un lado o absorben al primer nivel de atención, ya que lo definen como insuficiente “*Me gustaría que esa atención fuese más completa en todos los ámbitos*”.

La proliferación de los recursos tecnológicos ha minado los espacios del profesional de la salud bucal, hasta el punto de convertirlos en mercaderes. No olvidemos que la medicina biologicista es en esencia mercantilista y consumista.

Parafraseando a Rojas Malpica (1996), el saber en salud se ha convertido en mercancía, y como tal es cotizada, auspiciada por la industria tecnomédica que crea un modelo paradigmático del profesional de la salud, razón por la que profesionales de salud ejecutan los diagnósticos y tratamientos, sólo con fines mercantiles.

Feo (2003) señala, que el mercado de la salud se convierte en uno de los más atractivos y rentables, siendo los organismos multilaterales sus más ferviente promotor. Jaspers (1988) añade al debate tecnológico, que éste se organiza como una empresa comercial, negociando con la salud, auspiciado por las grandes trasnacionales, las cuales cada día crean un nuevo juguete tecnológico para el

diagnóstico o el tratamiento de las afecciones bucales, trascendiendo las fronteras a través del proceso de globalización.

Entiendo por globalización al fenómeno tecnológico derivado del desarrollo y las grandes transformaciones de las telecomunicaciones. Stiglitz (2002) lo relaciona con la libre economía y supresión de las grades barreras del libre comercio. Chomsky (2001) lo refiere, como la imposición de un nuevo modelo de pensamiento, una forma de concebir a la sociedad, de producción y distribución de los bienes y una forma de relación entre las naciones, que se conoce como neoliberalismo<sup>5</sup>.

La visión económica latinoamericana, ha considerado al neoliberalismo como un tipo de colonización que reemplaza las viejas formas de dominación, por otras más sofisticadas. Este paradigma tecnocientífico emergente es producto de un capitalismo que está enraizado en la dinámica social, que se caracteriza por dos rasgos fundamentales, uno dado por la tecnología relacionada con los procesos de información; y otro, por el efecto en las innovaciones más en el producto, que en el proceso (Pineda, 1995; Contreras, 2003).

---

<sup>5</sup> Se entiende por Neoliberalismo, a la ideología de mercado y el individualismo, que ha venido promoviendo reformas para introducir elementos privatizadores, sofisticación de la ciencia y auge de la tecnología. Este modelo profundiza las diferencias sociales, obstaculiza la satisfacción de las necesidades básicas, incrementa el desempleo, aumenta la pobreza y excluye a los seres humanos del derecho a la vida (Navarro, 1997).

Con el auge de la revolución tecnológica, hubo un vuelco sustancial en el mercado de la salud, ya que grandes empresas internacionales comenzaron a producir la tecnología médica, manipulando y gestionando el diagnóstico y tratamientos en salud. Pacheco (2001) señala que en los años 60, el campo de la salud se valía de un diagnóstico a través de la semiología clínica y de tecnología de baja complejidad, que fue suplantada posteriormente por la tecnología sofisticada y de punta, convirtiéndose el mercado de la salud, en uno de lo más importantes.

Donabedian (2002) sostiene que la comercialización de la salud es un gran error, no solo porque la salud es una cuestión sagrada, sino también, porque pervierte la práctica del profesional, reflejándose en su desempeño, más aún, reflejándose en los propios usuarios de ese desempeño.

*La población también pide la parte de restaurar los dientes, y la parte de prótesis, es la mayor necesidad. Y la parte por ejemplo, de los dientes que se pueden salvar con tratamiento de conducto o algunas de veces cirugías, que algunas veces uno no las puede realizar, no tenemos Rx, en ese caso. Pero lo más necesario ahorita, es prótesis (Entrevistado de Naguanagua).*

Es evidente como la propia población exige una atención secundaria, la cual requiere de tecnología apropiada como lo manifiesta el entrevistado “*La población también pide la parte de restaurar los dientes, y la parte de prótesis, es la mayor necesidad*”. Se puede observar, como el uso indiscriminado de la tecnología inmerso tanto en la academia, como en los y las profesionales, trasciende más allá del

ejercicio del profesional, llegando a la población, la cual se transforma, más que en una necesidad, en una exigencia. Esto es un saber científico hecho sentido común

La mistificación del modelo tecno científico, ha generado concepciones sobre la salud y la enfermedad excesivamente subordinadas al uso de altas tecnologías que son asimiladas y acomodadas en la estructura cognitiva, produciendo simbolizaciones hipnóticas en la gente, una especie de ceguera mental que imposibilita discriminar y reconocer.

Feo ( 2003) manifiesta que en este poderío tecnológico existen cuatro grandes actores: el primero dado por el complejo médico industrial, encargado de la tecnología e insumos; el segundo sería el de la industria farmacéutica, facultada para el desarrollo de medicamentos y drogas; el tercero representado por el sector asegurador y financiero, que es el mediador entre el individuo, el estado y las instituciones prestadoras de salud; y por último la producción directa de servicios, representado por las grandes clínicas asociadas o los consorcios transnacionales encargados de proporcionar los servicios de salud. No obstante a este mosaico de actores le ingresaría uno nuevo, dado por el *usuario*, como un quinto representante de la tecnología, por las exigencias que la propia población hace en cuanto al desempeño del profesional y del tratamiento odontológico a ejecutar.

El discurso técnico ha impregnado todos los campos y actores involucrados en el sector salud, gracias a la enorme cobertura valorativa que le ofrece la ciencia, como lo señala Lanz (1988), convirtiéndose en un eficaz instrumento ideológico que legitima la concepción de la salud bucal y su abordaje, cubriendo todo el sistema de representaciones que emergen de él.

De manera que, las representaciones dominantes están impregnadas del discurso técnico que las soporta, presente en afirmaciones como, *la población lo que necesita es ese tipo de atención*. Atención que requiere del predominio de la técnica.

*Eso, mantenedores de espacio, hay muchas necesidades en los niños, me gustaría poder de verdad darle una solución, porque entonces Ok, yo le saco el dientito, y que pasa con ese niño en un futuro, si no se le pone un mantenedor de espacio, eso va a ser un problema a la final. (Odontóloga de San Diego).*

La técnica sigue prevaleciendo sobre la prevención, para los y las profesionales es más importante aplicar una técnica como una aparatología, que evitar la maloclusión, a través del mantenimiento de la unidad dentaria en boca.

Los poderosos procesos de tecnologización y mercantilización, abstraen la realidad del cuerpo humano y lo fragmentan, lo reducen a lo biológico, lo cosifican, despersonalizan y deshumanizan, incluso menosprecian a la salud, cuando lo que se trata es de obtener la máxima ganancia, a expensa de los seres enfermos (Pacheco, 1996). Ahora bien el Estado no es indiferente a esta situación, al contrario auspicia

y promueve el gran negocio de la enfermedad, por condiciones de poder y mercantilismo, ya que en cualquier instancia, la salud es un negocio.

Sobre la cosificación del cuerpo ha escrito Foucault (1978b; 2002), señalando que el cuerpo entra en un mecanismo de poder que lo explota, lo desarticula y lo recompone. EL cuerpo se hace “*una presa sustanciosa*” de los profesionales de la salud, no simplemente para que lo traten a su conveniencia, sino para que lo operen como quieran, utilizando las técnicas necesarias y la eficacia que se determina. En relación al tema, Pacheco (1996) manifiesta que las exigencias del discurso tecnocrático, legitiman la separación entre el médico y el paciente, oscureciendo como nunca antes, la captación de lo humano. El origen y fin último, es la eficiencia y eficacia de la ciencia.

Puerta (2004:102), define a la eficiencia como “*el aprovechamiento del tiempo, pertinencia o mejor utilidad de lo producido*”. Mientras que eficacia consiste en la virtud, actividad y poder para obrar (Chiavenato, 1989). Lanz (2006b) expresa, que hoy en día pensar que el progreso se fundamenta en el desarrollo de la tecnología dura, es una idea que está en decadencia.

Sobre la crisis de la eficacia, Testa (1993) expone que el modelo tecnocientífico como una práctica institucionalizada de ejercer la medicina, excluye cualquier otro tipo de práctica que no sea científica, quedando excluidas las ciencias del espíritu. La

eficacia de las actividades odontológicas se ha visto reducida en el mundo moderno, por los violentos cambios que conducen a la obsolescencia de la práctica. El autor añade, que la eficacia de la “*praxis odontológica*” esta dirigida a desarrollarse en función de su propio desarrollo tecnológico.

Venezuela, como lo refleja Feo (2003:21), ES un paraíso para las empresas transnacionales por ser “*hipercompradores de tecnología*”.

*No podemos terminar de dar el diagnóstico o ver realmente que es lo que vamos a hacer, nosotros lo hacemos porque bueno, así fuimos formados, y bueno nos sentimos bien tratando a la gente con seguridad, diciéndole, “mira, o sea, no te puedo hacer esto aquí, no te puedo engañar, es una endodoncia pues, tienes que irte directo a hacerte una endodoncia”, algo así porque no tenemos el equipo necesario. (Odontóloga de Tocuyito).*

*Tener la cavidad libre de todo ente patógeno, y que cumpla funciones, o sea que tenga tanto estética, como función, como, o sea que esté en óptimas condiciones, que éste buena, que no tenga caries, que no tenga gingivitis, que no tenga ningún agente patógeno que altere lo normal. (Odontóloga de San Diego).*

El discurso, evidencia las representaciones ampliamente, analizadas en los apartes anteriores “*No podemos terminar de dar el diagnóstico o ver realmente que es lo que vamos a hacer... porque no tenemos el equipo necesario*”. Se interpreta, que para poder dar un correcto diagnóstico, se requiere de las herramientas tecnológicas. La praxis se limita a la semiología clínica observada a través del examen, exclusivamente.

Expresiones como, “*nosotros lo hacemos porque bueno, así fuimos formados*”, implica un sistema de formación, el cual capacita a un profesional dependiente tecnológicamente, donde la ausencia de la misma se convierte en una limitante. Esta dependencia tecnológica en el sector salud, conlleva a un marcado deterioro y a un impacto negativo en las condiciones de salud y calidad de vida de la población.

Cortina (1997), critica esta fuerte presencia de lo tecnológico, representación que sella el enfoque funcionalista de la profesión.

Las representaciones encontradas, nos llevan a pensar en un campo de fuerzas en continua confrontación, donde los profesionales de la salud bucal, están en medio de serias contradicciones. Por un lado un discurso teórico centrado en la promoción de la salud, por otro, una praxis atrapada en un modelo morbicentrista que le exige eficacia a través de las estadísticas, y por otro, un mercado trasnacional tecnológico que los abarrotan de tecnología.

*Si claro, seguiría trabajando, pero quiero seguir creciendo en la atención secundaria, siempre con la parte de atención primaria, porque yo pienso que uno se nutre en cada una, porque a veces se toman medidas, que cómo parece que el que está mandando allá arriba, nunca se ha sentado en este sillón. (Odontólogo de Naguanagua).*

*Si, porque yo pienso que uno como profesional de la salud, tiene que dar salud, una de las misiones por la cual nosotros no graduamos. Me siento bastante complacida. Pero quiero hacer diplomados de ortodoncia, diplomados de todo”. (Odontóloga de San Diego).*

Finalmente, la formación académica que se imparte en la Universidad de Carabobo, Facultad de Odontología, solo ha permitido la reproducción de la lógica instrumental centrada en lo curativo y tecno-científico. Estas premisas reflejan una mirada ahistórica del proceso salud- enfermedad.

Indagando sobre los sentimientos que genera la praxis odontológica en módulos populares como lo son los Centros de Barrio Adentro, se pudo constatar que todos los entrevistados y entrevistadas expresaron claramente satisfacción por la labor realizada. En tal sentido, al indagar sobre las representaciones en relación a su profesión, aparece asociada ésta a labor social, de servicio y profundamente humanitaria. Más sin embargo, resulta interesante que las representaciones encontradas vehiculizan una experiencia individualizada – mesiánica. Las representaciones encontradas en los discursos así lo reflejan:

*Es una labor bien humana, independientemente de los pensamientos que uno haya tenido al principio, que el impacto, yo creo que es un trabajo muy humano. (Odontóloga de San Diego).*

Los profesionales se ven como salvadores y guías al tener en sus manos el poder sobre el cuerpo. Paternalismo que no permite el estímulo a la autonomía y la autorrealización.

Pasar entonces del sujeto sujetado al actor social, implica un profundo respeto por el otro, una relación dialógica y humanizada. Este modo de accionar, esta en

franca oposición con el sujeto histórico pensado en términos homogéneos y genéricos, base fundante del modelo biomédico. Confusiones ideológicas que es necesario visibilizar a fin de ir reorientando la formación.

La condición humana de las profesiones ha sido tema de diferentes autores, recordamos a Samaja (2004), quien es bien claro en señalar lo importante que es humanizar el acto médico. Advirtiéndolo que el positivismo médico, es portador de una racionalidad que desconoce al otro. Un especial régimen de verdad que descalifica y castiga cualquier otra forma de conocimiento.

La racionalidad médica se funda en esa mirada, y esa mirada es absolutamente individualista. El cuerpo se convierte en un espacio dentro de la coherencia científica, donde la utilidad social y la fuerza política de la organización médica, consiguen el campo propicio de legitimación y de acción instrumental.

El reconocer por parte de los entrevistados el sentido humano de la profesión a mi manera de ver, son simples palabras que se repiten en el vacío. Ya que lo humano, surge desde el servicialismo, desde la curación y desde el asistencialismo. Se trata entonces, de procesos de simbolización que se expresan en un saber investido de autoridad y legitimado por siglos de sumisión.

Cortina (1997:149) define a las profesiones de la salud como “*una actividad humana social*” La autora considera que es producto de la acción de personas concretas que prestan un servicio específico a la sociedad de forma institucionalizada; además recalca, que la labor en el área de la salud, es una labor única que está claramente definida, y que es indispensable, por lo que requiere de cierto humanismo y dignidad para su ejercicio. La autora también expone otro punto de vista de la profesión, la considera como una misión que le exige al profesional, entrega y tiempo invertido en la dedicación.

Arendt (1993), afirma que la condición humana está determinada por la labor, el trabajo y la acción, tres actividades fundamentales que corresponden a las condiciones básicas de la vida del ser humano. Labor, trabajo y acción, corresponden en Arendt el mantenimiento del proceso biológico del cuerpo, las necesidades vitales que satisfacen la permanencia de la vida y la capacidad de actuar y transformar el mundo.

Spinoza (1984) en su obra *Ética*, sostiene que el ser humano busca su utilidad bajo la guía de la razón, no queriendo para ello nada que no desee para los demás, haciéndolos profesionales justos, dignos de confianza y honestos. Esta condición, demuestra no sólo la compatibilidad entre lo humano y la razón, sino la unión de ambas. Sostiene que lo que no se acopla a la razón, es porque no es parte de ella misma. Del mismo modo, Hume (1984) manifiesta que la razón instruye acerca de

diversas tendencias de las acciones, mientras que la humanidad hace la distinción a favor de las tendencias útiles, honestas y beneficiosas

*Me encanta, es buena, es como darle un servicio a la gente que ha sido excluida por tanto tiempo, que no tienen acceso a esa odontología privada, una razón bien humana. (Odontóloga de San Diego).*

Desde esta perspectiva funcional-tecnocrática se cumple el objetivo principal de las profesiones que remarca Cortina (1997), al definir las como una actividad que está encaminada a favorecer a la colectividad.

La expresión “*darle salud*”, encierra una interesante representación conectada con la relación saber–poder–sumisión, ampliamente desarrollada en apartes anteriores.

*Siento que estoy logrando lo que quiero. Me siento bien porque me siento útil y le doy gracias a Dios por permitirme hacer esta labor humana. (Entrevistado de Naguanagua).*

Ignarra, (2002) en Sao Paulo, llevó a cabo un estudio sobre las representaciones sociales que emergen del profesional de la salud, investigando los significados y espacios simbólicos de la misma. La autora refiere que además de buscar inserción en el mercado laboral, están motivados por el hecho de salvar vidas, relacionándose con el humanismo implícito en la profesión.

Pérez, Gunset y Alderete (2004), en Argentina investigaron sobre las expectativas de los estudiantes al ingresar a la carrera, encontraron que el ingreso a la carrera está dado por la valoración social y humana asignada precisamente por su vinculación estrecha con la vida, la muerte, la salud y la enfermedad.

*“... porque mi me gusta esa parte humanitaria, ¿sabes? Yo creo que, yo creo que eso va implícito en uno. (Odontóloga de San Diego).*

Sabater (1991) propone al humanismo, como un presupuesto cultural de la ética autónoma de los derechos fundamentales implícitos en la persona, en la democracia moderna y manifiesta que defender e ilustrar el conjunto articulado de valores, es la tarea filosófica más urgente para quienes pretender dedicar reflexiones a la razón práctica. Esta visión, reivindica la dignidad del sujeto, entendida como la condición de ser tratado como a uno quieren que lo traten, o sea ser tratado en equidad e igualdad. (Sabater, 2002).

El concepto moderno de dignidad humana no niega la existencia de desigualdades entre los individuos. Lo que sí niega, es que esas desigualdades sociales sean la justificación de un tratamiento desigual por parte de las instituciones o un trato degradante entre los individuos. Queriendo decir con esto, que cada uno merece un respeto, debido por el solo hecho de ser humano. Esta representación recuerda la definición de Kant (1989:335) sobre la dignidad, al referir que la

humanidad misma es dignidad “*porque el hombre no puede ser utilizado únicamente como medio por ningún hombre, ni por otros, ni siquiera por sí mismo, sino siempre a la vez como fin, y en esto consiste su dignidad en virtud de la cual se eleva sobre todas las cosas*”.

*Ahorita en estos momentos si de verdad estoy contenta, porque me dediqué a esto, me pareció interesante, humano, o sea, como una nueva experiencia, vamos a tomar lo así. (Odontóloga de San Diego).*

Al incorporar la condición humana a la profesión como lo señala esta frase “*me pareció interesante, humano*”, encontramos ciertos asomos los cuales permiten intuir que en el discurso de la salud bucal, la humanidad y la equidad, están en proceso de asimilación.

Al respecto, Rawls (1997) parte de la idea al considerar que cada persona, así como todas las personas, tiene el mismo esquema de derechos y libertades básicas e iguales. Lanz (1988) expresa, que la libertad consiste en un proceso que implica la supresión de las diferencias de clases en el aspecto económico, político e ideológico. En la visión de Fromm (1989), el deseo de libertad es inherente a la naturaleza humana. La libertad en Spinoza (1984) equivale a hablar de un determinismo con conciencia, de forma tal, que el hombre por medio del conocimiento adecuado de las cosas que adquiere a través de la razón, tiene la capacidad de actuar conscientemente, acorde con aquello que lo determina esencialmente.

*Sientes que tú eres parte de eso, porque son tus compatriotas, tu gente, yo creo que es algo bien humano. (Odontóloga de San Joaquín).*

El texto denota la inclinación hacia el rescate de la condición humana, como una expresión de compromiso con los pares, representación que es necesario trabajar en los procesos de formación a fin de ir fracturando el sistema de representaciones cognitivas sedimentadas en el modelo biomédico.

Las tendencias de Almeida Filho y Silva (1999), de incorporar lo social en las ciencias naturales, reflejan buenos intentos de humanizar las profesiones de la salud, a fin de dar respuestas positivas e impactar en los perfiles epidemiológicos y en la calidad de vida de la población. Con este nuevo abordaje se reconoce un nuevo objeto de estudio, dirigido a interpretar a la salud como una “*realidad social*”, que debe ser conocida, interpretada y abordada, desde las necesidades sentidas de la población. Entendiendo que la realidad social es compleja, el proceso salud enfermedad como objeto de estudio debe construirse a partir de “*la vida diaria*”, a fin de entender los fenómenos sociales relacionados con la misma e impactar en la calidad de vida del individuo, familia y comunidad. Tendencias muy contrarias a la hegemonía del paradigma lógico positivista presente en los procesos de formación (Fernández, 1994).

Para superar esta postura positivista, se hace necesario retomar la condición humana, como un asunto ético, que permita llevar una praxis con ingenio y amor, considerando que la salud bucal no es un problema solo del área odontológica, sino también, le atañe a otras ciencias. El objetivo está dirigido a mantener y recuperar el estado de bienestar bucal, como un fenómeno social.

Dilthey (citado por Weber, 1993), ha sido pionero en descubrir nuevos horizontes, al expresar como logra acercarse a la otredad a través de las ciencias del espíritu, superando la simple explicación que aportan las ciencias naturales. Esta comprensión puede ser analizada bajo los siguientes preceptos: entender al proceso salud-enfermedad como un proceso socio-antropológico, abordar a la salud y la enfermedad desde lo individual y lo colectivo, fortalecer las necesidades de salud en los espacios donde transcurre la vida. Orientaciones encaminadas a enfrentar las dificultades en los sistemas de gestión y atención, desde lo relacional-comunitario. Un dialogo de saberes en salud que tienda puentes, a fin incluir las voces de quienes históricamente han estado silenciadas.

La práctica social que soporta esta nueva mirada, requiere profundizar el universo sensorial, afectivo y estético de la acción cognitiva. Una nueva sensorialidad que permita inferir la emocionalidad y el sentido de lo humano. Como queda expresado, *“me gusta lo que hago, porque es una labor bien humana.”*

La relación entre formación académica y el hacer del profesional de la salud bucal, queda enunciada a continuación:

*Lo que pasa que en la universidad vemos muchas materias que son especialidades, que en esos servicios no se realizan, como endodoncia, prótesis, eso está un poquito como separado. La parte de la patología, a veces vemos lesiones y cositas así, sobretodo la estomatitis ya en adultos, pues, que se relacionan mucho. Bueno lo ideal, que todo es bonito, que puedes mantener a todos los dientes en boca, pero cuando tú llegas a esa realidad, no hay dientes que se pueden salvar, pero hay otros que tu lo tienes que sacar, sobretodo en los niños por ejemplo con los 6, como haces si a veces te llegan con una corona totalmente destruida, da dolor, pero a veces hay que hacerlo. (Odontólogo de Naguanagua).*

La interpretación de este discurso, muestran la falta de relación entre la formación y el ejercicio profesional “*en la universidad vemos muchas materias son especialidades, que en esos servicios no se realizan*”, esto deja claramente entendido que uno de los objetivos de la profesión odontológica, es la formación de especialista. Siguiendo un modelo que privilegia los dispositivos racionales de eficacia y eficiencia, donde el atributo primordial para el perfil profesional, es la “*experticia*”. Las universidades, son las instituciones encargadas de la formación académica, las cuales son parte de la intrincada y compleja trama del sistema educativo de enseñanza superior. Dentro de la ratio-técnica, la “*experticia*”, es un aspecto esencial, en la formación profesional. Formación que se gesta en el currículo y queda expresada en el perfil.

Se puede definir como perfil del profesional, aquel conjunto de funciones actividades y tareas que debe ejecutar un profesional como respuesta a los problemas propios de su campo, en un contexto social e histórico determinado, de acuerdo a los principios éticos, fundamentos teóricos y metodológicos que orientan a una profesión (Molina, 2006).

El perfil mantiene una relación dialéctica con los procesos socio-históricos, ya que desde allí se configura y construye, generando las bases de legitimidad funcional y social de una profesión, y a su vez delimita los espacios laborales. La definición de un perfil, supone ser interpretado por los sujetos profesionales, así como, ser mediado por los factores institucionales y sociales. Representaciones ideológicas que se transforman en intervenciones sociales, totalmente desvinculadas de la vida. La universidad capacita al estudiante como un ser desvinculado de lo social-comunitario.

*No, de la universidad lo que me enseñaron a mí no se me parece, no. Nosotros tenemos nuestras políticas de prevención, promoción, educación y siento que eso ahorita no lo estoy haciendo como lo hacíamos en comunitaria. Podría ser con saneamiento básico, yo me siento como si estuviera en saneamiento básico. Si, yo me siento que estoy allí, porque inclusive no hago ni endodoncia. (Entrevistada de Tocuyito).*

La pregunta que asalta, está en relación con la capacitación de un estudiante de odontología, que no logra comprender el sentido de la práctica comunitaria en salud bucal.

*Cuando nosotros nos graduamos pensamos que vamos es a la consulta privada, que vamos a tener asistente, que vamos a trabajar a 4 manos y no pensamos que hay comunidades que te necesitan y de hecho hay mucha gente que con comunitaria sufren, porque no tienen esa mentalidad que vamos a ayudar a una comunidad, vamos a educarlos, vamos a curarlos. No nos educan, nos crean ese gusanito. (Odontóloga de San Joaquín)*

La Facultad de Odontología forma un profesional orientado al ejercicio profesional individualista por naturaleza. “*pensamos que vamos es a la consulta privada, que vamos a tener asistente, que vamos a trabajar a 4 manos*”, este es el común denominador del discurso de cualquier egresado o egresada de las universidades nacionales en el ejercicio de la odontología como profesión. Estos sellos que se sedimentan en los espacios universitarios, marcan el perfil del profesional de la salud, en donde está inmersa una profunda carga ideológica, como lo refleja Lanz (1988). Egresar para obtener logros económicos, poder y status en la sociedad.

En relación al perfil académico, Morin (1999) manifiesta que debe condensar un proyecto pedagógico, ético y político, comprometido con la construcción de una sociedad. Además, debe condensar un perfil ocupacional, definido en razón de la demanda de los escenarios ocupacionales y los factores institucionales, mediadores del trabajo profesional.

El perfil del profesional de odontología, está bastante alejado de las demandas socio epidemiológicas que exige este país, en mejoras de la condición de salud bucal y por ende de la calidad de vida..

Repensar la formación del profesional en el área de la salud bucal, exige la construcción de un proyecto educativo, inscrito en las complejidades contemporáneas y capaz de dar respuesta a los problemas de salud bucal desde la inter y transdisciplinariedad. Todo proyecto educativo, debe contener valores éticos-políticos que lo fundamente y una dimensión ontológica-teórica y metodológica-operativa que le den sentido al diseño curricular; inspirado en nuevas miradas, capaces de fracturar el régimen social de representación.

*Además de ver a los pacientes, tenemos que llenar una estadística diaria, la semanal, estamos quizás muy abocados a lo de administración y atención al paciente. (Odontóloga de Tocuyito)*

Las profesionales cumplen un propósito curativo, que se mide a través de una estadística, reflejando la eficacia y eficiencia del servicio exclusivamente. “*los resultados se ven en las estadísticas que llenamos a diario*”. Estos trozos de materia textual son clara evidencia del modelo tecno-curativo, reflejando a su vez, las cualidades del perfil del egresado de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo (plan de estudios de la FOUC, 2008), el cual se caracteriza por: capacitar para desarrollar actividades esenciales, específicas y concretas en el campo de la salud buco-dental (actividad clínica - preventiva - curativa).

El odontólogo/a es un operador clínico, capacitado según el diseño curricular, para abordar el problema salud-enfermedad, en las dimensiones de lo individual y lo colectivo, en su función asistencial comunitaria; poseer una alta formación como sujeto investigador, y como factor fundamental para la identificación de la situación de morbilidad bucal en su función de investigador; finalmente, poseer un nivel de desarrollo intelectual que le permita manejar personal, recursos financieros y suministros, tanto en el sector privado como público, con criterios de eficiencia y productividad en su función de administrador.

El nudo crítico que se evidencia en los discursos y que tiene mucho que ver con el diseño curricular es la **dicotomía entre formación académica y práctica profesional**, constituyendo un elemento perturbador. Esta dicotomía en juego, vuelve a poner en evidencia la impronta cartesiana. Impronta que frena cualquier intento de lograr en los egresados una visión crítica y reflexiva durante su desempeño, a objeto de dar respuestas a las complejidades con las que tiene que enfrentarse en su práctica profesional.

*Las cosas que uno hacía dentro de la pasantía, generalmente no se cumplen nunca dentro del área clínica, este quizás por el ritmo de trabajo, porque no hay el instrumental, las cosas con que hacerlo, son diversos factores. Pero hay muchas veces que no se puede hacer, porque es un dolor y la única solución es entonces, sacarle el diente, porque ni siquiera allá se puede hacer ni un tratamiento endodóntico ni nada, muchas veces cuesta un poco. (Odontóloga de San Diego).*

Existen evidentes diferencias entre formación y ejercicio. La educación superior responde a las demandas sofisticadas de capacitación y formación, que no se desarrollan en su hacer profesional *“Las cosas que uno hacía dentro de la pasantía, generalmente no se cumplen nunca dentro del área clínica”*. En el discurso del egresado/a queda en evidencia la capacitación disciplinar. Jasper (1988) sostiene que el saber acontece de dos maneras, de acuerdo a la ciencia natural exacta, como un hacer técnico, y de acuerdo con la biología, como una asistencia, en un buen sentido hipocrático.

El divorcio entre la formación y el desempeño profesional, fue un tema abordado por Nieves, Jácome y Cendales (1998), en Colombia, al estudiar las representaciones sociales del proceso salud enfermedad oral en poblaciones urbano-marginales y su relación con los discursos y prácticas institucionales. Esta dicotomía, según los autores, genera contradicciones en los planes de desarrollo, afirmando que la formación del profesional de la salud bucal, cursa paralela a las necesidades poblacionales.

La ratio-técnica prevalece en la formación, marcando una gran diferencia con la práctica, incrementándose la brecha entre formación y ejercicio.

*No es igual, bueno tenemos limitaciones, en el sentido que el paciente requiere una cirugía de terceros molares, no se las podemos hacer allí, una endodoncia, no tenemos para hacer una endodoncia, aparatología también tenemos que remitirlos, y debemos referir para que la cosa sea más efectiva, más completa. (Odontóloga de San Diego).*

*Muchos de ellos no hacen prevención por la dichosa cantidad y no calidad, y a lo mejor si no hubiese esa presión de cantidad. Bueno igualito, si a lo mejor le bajan la cantidad, y no lo hacen porque de verdad no les interesa. Yo no sé cuál es la causa de que el odontólogo sea tan apático a eso. También el paciente siente que no se le hace nada si no arramos una turbina. (Odontóloga de san Diego).*

Sin lugar a dudas, la formación impartida por La Facultad de Odontología esta fundamentada en un patrón biotécnico y positivista, reproducido en la practica ad infinitum.

*No se parece porque a veces tú no tienes la capacidad de resolver el problema, por ejemplo en endodoncia, aunque de repente se presentan casos de un paciente que tiene una pulpitis, entonces tu puedes hacer solo un diagnóstico y decirle "mira tu tienes tal cosa, y referirlo. (Odontóloga de San Diego).*

*No se parece una cosa es la que aprendes y otra la que haces en la práctica, porque no tenemos equipo, que a veces para llegar al diagnostico, tenemos que mandar al paciente para que le tomen placa en otro lado, muchos de nosotros lo hacemos... mira tómate esta periapical, tómate esta panorámica. (Odontóloga de Tocuyito).*

Se puede afirmar que el problema de la relación entre la teoría y la práctica no es nuevo, es una fuerte representación, que salta a la superficie textual de diversos discursos.

La universidad constituyó la primera institución social que asumió una misión específica, cuyos orígenes se remontan a la baja edad media. su misión inicial estuvo centrada en la docencia dirigida a la formación de teólogos, juristas y médicos; a diferencia de su objetivo actual como institución de educación superior, que consiste

en la creación, conservación, distribución, transformación, uso y transferencia del conocimiento, a los fines de la formación de profesionales que contribuyan con el desarrollo científico, tecnológico y humano de la sociedad (Castellano, 2003).

Para comprender un poco la dicotomía entre la teoría y la práctica, vamos a realizar una mirada sobre algunos aspectos ideológicos claves, que reportan datos interesantes para interpretar las representaciones de los profesionales de la salud bucal.

La medicina premoderna, fue considerada una “*ars mecánica, ars liberal o scientiae*”. Sin embargo, fue la medicina la primera disciplina en alcanzar la categoría de “*scientiae*”. El término de “*filosofía natural aristotélica*”, en la cultura medieval, pasa al término de “*ciencia*” (García Ballester, 2001: 53).

Si bien el campo de la salud se desarrolla en esa época como *un arte mecánico*, esta característica ha prevalecido en todo el devenir del saber moderno.

*Yo te puedo decir que he saneado a parte de la comunidad, aunque al servicio llegan pacientes de todas partes de Carabobo, inclusive llegan pacientes al consultorio que vienen de afuera y como su familiar está siendo atendido allí, y se sintió satisfecho por la atención que le dimos allí, ese familiar va hasta allá. (Odontóloga de Tocuyito)*

La frase “*he saneado a parte de la comunidad*”, evidencia la condición actual del arte mecánico de la profesión, donde la profesional de la salud bucal tiene un

único objetivo, la curación. Esta curación, como una actividad tecnocientífica es llevada a cabo en el consultorio, saneando solo a la población que asiste, mientras que la que no acude, simplemente no es tomada en cuenta, no existe.

La presencia de la actividad tecno científica- concentrada en la medicina y la cirugía fueron elementos indispensables en la conformación de la sociedad medieval, cuya presencia alcanzó un nivel intelectual y social, hasta llegar al rango de “*scientiae*”. Con el desarrollo de un conocimiento doctrinal, oscilando entre el empirismo recién estrenado (ensayo y error) y la técnica firmemente constituida.

En los monasterios, se crea el concepto de profesión y solo se reconocían a los sacerdotes, médicos y juristas como profesionales, requiriendo de vocación y de un juramento cargado de reglas y valores para ejercitarlas, por el carácter sagrado de las tres profesiones dedicadas al cuidado del alma, del cuerpo y de la cosa pública (Gracia, 1987).

Es en la baja edad media, cuando surge el problema de la relación entre la “*teoría*” y la “*praxis*”. Sin embargo se genera una doble aproximación entre ambos conceptos, con el ascenso social de quienes emplean las manos para su trabajo como los cirujanos y barberos, y la expansión de la cultura letrada de origen universitario. Esta situación establece una “*relación de convivencia hostil entre las herramientas de oficio y los libros*” (García Ballester, 2001: 57).

*Una cosa la que te dice los libros y otra la que te dice la práctica. No es igual la universidad a como estás en un módulo, ya como profesionales es totalmente diferente, todas las realidades son diferentes. La práctica está en contra de todas las cosas que a uno le enseñan. A veces tú tratas de mantener a un diente temporario el mayor tiempo posible en boca, pero a veces no. (Odontólogo de Naguanagua).*

A pesar de los grandes adelantos científicos-tecnológicos, la brecha entre teoría y práctica se mantiene vigente en la formación universitaria actual. Lanz (1988) manifiesta, que la *práctica* es el lugar obligado de llegada de los intelectuales y donde habla el lenguaje del poder. Este autor afirma que desde la práctica se constituye un eficaz estereotipo de la teoría, de esta manera la teoría es un subproducto de la práctica.

La práctica médica se configuró bajo la influencia de la filosofía aristotélica, se concibió una nueva forma de ver la medicina y a un nuevo modelo de enfocar la enseñanza médica, la cual consistió en dotar de una base racional a la práctica médica o quirúrgica (Babini, 2000).

Fue en el siglo XIV, cuando se les concedió el título de *Doctor* a los médicos, mientras que en América aún en el siglo XVIII, utilizaban el título de *Señor*. Siendo tan solo una minoría intelectual la que tuvo acceso a las universidades. Las facultades de medicina fueron incapaces de suministrar todos los profesionales médicos

necesarios para la sociedad, razón por la que siguieron prevaleciendo los barberos, como individuos carentes de formación académica (Gracia, 1987).

El período renacentista facilitó la formación de los médicos. La formación universitaria orientada a la formación de un sujeto versátil, de manera que filósofos, humanistas y astrónomos eran además médicos, así como, los médicos también eran filósofos, humanistas o astrónomos (Babini, 2000). Simultáneamente con la formación universitaria, se mantuvo un sistema abierto de formación médica a través de la transmisión oral, con la presencia del empirismo y formas desintegradas de práctica médica, propias del curanderismo.

De forma tal, que coexistieron dos tipos de sanadores, el universitario con su conocimiento teórico, y el empírico con su destreza en la práctica.

Es a partir de este momento, cuando la burguesía considera a la salud como un problema político y mercantil, armonizándose con el derecho romano que introdujo el concepto de “*salarium*”, creándose una nueva relación médico-paciente y un nuevo mercado de trabajo con generosos salarios, para quien la practicaban con éxito (García Ballester, 2201: 663-664). Se comienza a visualizar a la salud, como un problema político-económico, marcando una de las premisas básicas del capitalismo moderno: la salud como mercancía.

En relación al conocimiento odontológico, se puede señalar que ésta fue concebida desde una mirada liberal.

Fueron los médicos quienes escribieron sobre la profesión. El mayor difusor fue Róger de Palermo con su tratado de cirugía, así como también, Alberto Magno (1192-1280), Guillermo de Saliceto (1230-1280) y Kleming. En este mundo cerrado del ejercicio de la odontología, se distinguían diferentes personalidades como barberos, bañeros, herreros, curanderos, padres de la iglesia, monjes y monjas, cirujanos y doctores en medicina.

Los que ejercían sin haber transitado por la universidad, se les denominaba “*Cirujanos de toga corta*”. Ya para el siglo XVII, comienza una separación entre la medicina y la odontología, conformándose como una auténtica especialidad. Razón por la que eruditos médicos, en sus obras publicadas recomiendan consultar a los dentistas en caso de dolores de muela, por su experiencia práctica y habilidad manual. A partir de este momento y hasta hoy, se establece la separación de la odontología como una ciencia aparte de la medicina, y comienza a verse a la boca como un agregado del cuerpo y a la salud bucal como un bienestar local exclusivamente.

*Salud bucal es lo que te sirve para sonreír, lo que sirve para hablar, lo que te sirve para comer, o sea, es algo, es como la tarjeta de presentación de todos los seres humanos ante la sociedad. (Odontóloga de San Diego).*

Representaciones que reflejan las marcas ideológicas, responsables de un pensamiento totalmente lineal- disyuntivo. La salud bucal es sinónimo de estética, y la boca es un órgano aislado del cuerpo. La estética prevalece sobre las otras cualidades, “*es como la tarjeta de presentación de todos los seres humanos ante la sociedad*”. Esta representación localizada y reduccionista de la salud bucal, continua remarcando el modelo biomédico, que si bien es una marca heredada de la universidad del siglo XVII, esta se reproduce en pleno siglo XXI. Como queda claramente expresado “*sirve para sonreír, lo que sirve para hablar, lo que te sirve para comer*”.

Entre 1450 y 1490, con la emergencia del modo de producción capitalista surgen el cálculo y la experimentación, como métodos modernos de la ciencia natural, iniciando el nacimiento de la ciencia moderna. El desarrollo científico del siglo XVIII en el área de la salud, fue de carácter fragmentario. Un conocimiento sectario y empirista.

A finales de este siglo, se fija “*la fecha de nacimiento de la medicina moderna*” (Foucault, 1978a:4). Estos adelantos estaban supeditados al desarrollo de las investigaciones en los grandes centros universitarios. Cabe mencionar, que este conocimiento estuvo influenciado por el positivismo, el marxismo y la evolución biológica, por supuesto, con énfasis en la observación como método de diagnóstico

de acuerdo a los síntomas y signos, naciendo con esto el “*ver y saber*” de la clínica, discusión ampliamente abordada por Foucault (1978a:131).

En este siglo, se crea el “*collegio*” como centro de acreditación de los profesionales dentistas, prevaleciendo la premisa de la época medieval, la cual catalogaba a la profesión como “*ars mechanica*” (García Ballester, 2001).

*Yo para saber si un paciente tiene salud bucal tengo que ver su boca, si tiene caries, problemas periodontales y eso. (Odontóloga de San Diego).*

La atención y la salud bucal simplemente están reducidas a una afección de la boca, como un órgano aislado del cuerpo, y por supuesto totalmente descontextualizado. Dentro de esta lógica el paradigma que contiene nuestro conocimiento es incapaz de responder, puesto que la ciencia se ha fundado en la exclusión del sujeto. Los efectos se traducen en separación hombre- cuerpo-sociedad.

A principios del siglo XIX, se incluye la tarea de crear conocimientos, desde entonces la función de la investigación ha acompañado a la docencia. A partir de este momento, la formación universitaria permitió el desarrollo del trabajo científico y los avances tecnológicos e innovaciones clínicas (Castellano, 2003). El positivismo lógico que impregna el modelo de formación de la salud, genera una nueva episteme, donde la ciencia se hace desde lo objetivo, desprendiéndose de todo lo subjetivo, a fin

de generar certeza (Rojas Malpica, 1996). Se profundiza el fraccionamiento en el abordaje de la salud y la proliferación de las especialidades, no siendo todavía tan notorias en el campo de la odontología. El avance de la medicina, está dado por el desarrollo de las especializaciones y por el culto al campo de la clínica. El progreso excesivo de las especializaciones, retardó la concepción de integralidad (Babini, 2000; Balestrini, 1999).

El trabajo odontológico como ciencia, nace con Pierre Fauchard (Saturno, 1996), cuyos tratados y conocimientos prevalecen en la odontología moderna.

Este investigador equiparó a la odontología como una profesión independiente, con su propio campo de trabajo debidamente circunscrito a un área física, en la cual se contempla cierta responsabilidad sobre el paciente tratado. Los logros de estos adelantos, están representados por la disociación entre enfermedad y enfermo, así como, la idealización del profesional.

Este pensamiento considera a lo social, como un factor situado muy por debajo de lo natural. Entiende al profesional, como el único responsable de la enfermedad (Rojas Malpica, 1996). Condición que circunscribe al desempeño del o la profesional de la salud bucal, a un espacio físico o un sillón, "*hay un sillón odontológico puesto*". Representación clave, que manifiestan los/las profesionales al referirse al consultorio odontológico, como el espacio donde se sella la relación saber - poder - sumisión.

El consultorio en el imaginario colectivo, representa el espacio donde se consolida el conocimiento cerrado y verdadero, espacio donde se configura un lenguaje científico propio como instrumento de significación y de comunicación entre los locutores legítimos de este espacio. Ideología que sella la apropiación conceptual deviniendo en instrumento de poder.

Ya para el siglo XX, la universidad incorpora la actividad de extensión como parte de su quehacer docente, generando una relación dialéctica entre universidad y sociedad. Esta actividad tiene una doble función, por un lado permite el desarrollo de una experiencia que genera nuevos conocimientos en los estudiantes, y por otro, la prestación de un servicio público en los distintos sectores de la sociedad (Castellano, 2003).

*En la universidad te enseñaban a que todo era a curar, “aquí está la caries, curaste y ya”. Pero en comunitaria lo hacía, si hay similitud porque yo en comunitaria lo hacía, iba a las casas, le daba charlas educativas, captaba a ese paciente y lo llevaba y era atendido en el consultorio. (Odontóloga de San Diego.*

En este discurso se evidencia, como la universidad lleva a cabo las actividades extramurales a través de asignaturas como comunitaria, reflejado en esta expresión “iba a las casas, le daba charlas educativas”.

Queda bien claro que la promoción de la salud bucal, como base fundante de la atención primaria de salud, sigue ausente, ahora se va a las comunidades a captar pacientes, “*captaba a ese paciente y lo llevaba y era atendido en el consultorio*”.

Las representaciones generadas por el modelo biomédico, se trasladan a la comunidad y permean toda la concepción de lo que realmente significa el trabajo comunitario.

Es así, como progresivamente se va produciendo un nuevo reordenamiento en el orden de vida, con la cristalización y sedimentación del único saber sobre la salud: el saber científico.

El profesional de la salud bucal en la era moderna, presenta ciertas tendencias en su formación, una dada por el aumento de los requerimientos técnicos y de capacitación. La ciencia desempeña un papel importante en el desarrollo histórico de este período, y es considerada como uno de los factores que rige la racionalidad del saber actual. El saber científico, se constituye como la única y verdadera forma de saber auténtico, verídico y objetivo que guía la acción cognitiva y práctica del hombre. Esto hace que la ciencia, se convierta como una forma de actividad humana muy importante en este mundo actual.

Por su parte Bacon (citado por Babini, 2000) en su clasificación de la ciencia, asocia cuerpo y alma, ya que para este autor, la mente revela al cuerpo y el cuerpo obra sobre la mente

La ciencia en este contexto, es el único y autentico saber disponible que fundamenta la acción cognitiva del hombre Producto del conocimiento positivo de investigadores y pensadores como Newton, Descartes y Bacon (Rodríguez, 2007).

Lanz (2006a:27), define a la ciencia como “*un producto que no es universal ni neutro*”, por el contrario está cargada de contenidos, además admite que no existe una única concepción sobre este término, sino muchas. Kant (1979) la conceptualiza como palanca del progreso, como herramienta para hacer del hombre, un futuro género más feliz.

El individuo contemporáneo, ha configurado a la ciencia como un espacio de competencia de todo cuanto existe. El discurso de la ciencia se presenta como cerrado, único y exclusivo del profesional, con un lenguaje instrumental y técnico, transmitido solo en los espacios académicos.

Lain Entralgo (1961:11), define a ciencias de la salud como el “*conjunto de sistema de saberes teóricos y prácticos que han ido siendo adoptados en la historia, para la curación de los seres enfermos o para preservar el estado de la salud*”.

Estas ciencias se han ido transformando con el devenir, conservan la impronta de los primeros saberes. Aún cuando los saberes de las ciencias de la salud hunden sus raíces en la vida comunal, florecen como saberes estatales, dados por las instituciones e impulsados por la sociedad (Samaja, 2004).

En las primeras décadas del siglo XX, comienzan a aparecer perspectivas superadoras del mecanicismo En salud, que terminan madurándose en la segunda mitad del mismo siglo, generando una verdadera revolución científica, nuevos paradigmas complejos adaptativos, surgiendo el pensamiento de la *complejidad*, a fin de subsanar las grandes debilidades del paradigma positivista. Este nuevo paradigma, exige nuevos enfoques con una clara orientación hermenéutica - dialéctica.

Sin embargo, en el desarrollo de la ciencia en este siglo, sigue predominando la vinculación con las mal llamadas ciencias duras. Razón por la que los enfoques y las investigaciones del campo de la salud solo se asumen desde las ciencias naturales, y el problema de salud se aborda desde la enfermedad, obviándose los condicionantes socio históricos de la salud y la enfermedad (Menéndez, 1978).

En pleno siglo XXI, presenciamos un marcado positivismo en las aulas, influenciado por el biologicismo, empirismo, tecnicismo, enciclopedismo y desintegración del cuerpo. Se observa un proceso acelerado de elitización universitaria, con complejos mecanismos de selección para el ingreso, así como, la

presencia de los procesos globalizadores unidireccionales, pensamiento único que sigue consolidándose en los espacios académicos.

La Declaración de Santo Domingo (UNESCO, 1999), sostiene que la ciencia debe contribuir al desarrollo económico y sustentable, tras la elevación de la calidad de vida e incremento del nivel educativo, cultural de la población y oportunidades de empleo. Así como, la propuesta central de la Organización de las Naciones Unidas para la Ciencia, la Educación y la Cultura en su plan para la transformación de la educación superior está enfocada en tres principios fundamentales, la pertinencia, la calidad y la internacionalización de la educación superior (UNESCO, 1995; 1998).

La pertinencia gira en torno a la equidad. Esta orientación en cuanto a calidad y equidad en salud, ameritan una nueva reconceptualización de la salud, enmarcada en un contexto complejo y transdisciplinario, donde se admita el caos y la incertidumbre como elementos constitutivos del pensamiento post-moderno.

En tanto tal, la educación en salud debe reorientarse hacia un pensamiento complejo dirigido a entender el mosaico de aristas que conforman los saberes y las prácticas en salud, tomando en consideración aspectos como el territorio social, la etnia, la clase social, la orientación sexual, el género, los ciclos de vida, la cultura, la religión, etc.

No olvidemos que la historia de occidente, ha tratado de representar la realidad de dos formas: la atomista - individualista, la cual valora la objetividad, el determinismo de los fenómenos, la experiencia, la cuantificación. Y la relacional sistémica, estructural humanista, por su parte, privilegia la red de relaciones como constitutivas de su ser intimo. Esta última forma, ha tomado auge desde finales del siglo pasado valorando la conjunción y la integralidad. Era necesario modificar por completo la educación en el mundo hacia un proceso mas integrador, mas unificador, mas totalizante y mas holista. Por lo que se hacía necesario un sistema más operativo. Hoy nadie puede fundar un proyecto educativo, en base a un saber definitivamente verificado y edificado sobre las certidumbres.

Todo lo contrario, de lo que se trata es de fundar un nuevo modelo educativo basado en el método-camino. Un método-camino que posibilite transitar la experiencia de la pluralidad y la incertidumbre en directa relación con la revelación de la multiculturalidad de las sociedades, en el seno de la planetarización.

Un método-camino que se disuelve en el caminar. Es la posibilidad de encontrar en los detalles de la vida concreta individual y colectiva, la totalidad de su significado abierto y fugaz. Construir desde la realidad local, sin recetarios centralizados que marquen el hacer.

El método-camino del que se hace referencia, surge como un marco de acción fundamental para salir del pensamiento cartesiano. Se hace urgente romper con el pensamiento positivo de la causalidad lineal y caminar hacia una dinámica auto productiva y auto organizacional. Un pensamiento complejo que se sitúe en entre lo uno y lo múltiple.

La UNESCO, haciendo eco de estas reflexiones, y preocupada por el impacto del modelo lógico-positivista en la educación en el mundo, se ha dado a la tarea de bajar lineamientos a fin de reorientar la formación a todos los niveles.

En la *Carta de Paris*, la UNESCO señala los cuatro aprendizajes fundamentales que debe considerar la educación para hacer frente a los retos de este nuevo siglo: aprender a ser; aprender a conocer; aprender a convivir y aprender a hacer. En los cuales se integran las competencias cognitivas-intelectuales, cognitivas-motrices y cognitivas-afectivas, a objeto de lograr una formación integral y holística del educando (Delors, 2002).

El *ser* está dirigido al cultivo de la persona, lo que implica un proceso de evolución individual, social y que lo ayudará a actuar con autoconocimiento y autodeterminación (Lafarga, 2001). El *conocer* está dado por el desarrollo del conocimiento general, que le genere bases para aprender durante toda la vida; el *hacer*, significa la adquisición de ciertas competencias, que le permita hacer frente a

diversas situaciones; y finalmente el *convivir*, refleja la construcción de un nuevo espíritu que impulsa el desarrollo de proyectos con pertinencia social (Delors, 2002).

Todos los estados han sido signatarios de estos acuerdos. El Estado Venezolano ha estado coordinando esfuerzos en función de trascender el modelo eminentemente tecnocrático hacia un modelo integral e integrador. Se han formulado políticas de educación superior a través de la oficina de planificación del sector universitario (OPSU), conocidas como “Políticas Estudiantiles del Ministerio de Educación SUPERIOR ([MES], 2001).

Lamentablemente, en los espacios académicos el modelo biomédico tiene muy buena salud. El proceso de construcción de conocimiento sigue enmarcado dentro del conocer y el hacer. Un conocer escolástico y un hacer dentro de las coordenadas ideológicas de la ratio técnica exclusivamente.

Es interesante señalar, que el espíritu del diseño curricular de la Facultad de Odontología están presentes los cuatro aprendizajes que menciona la UNESCO.

En la práctica opera el currículo oculto y la reproducción del modelo biomédico, aun en asignaturas como comunitaria. Los discursos son prueba evidente de ello. El desarrollo del ser y la socialidad siguen excluidas, con las consecuencias que todos conocemos y estamos viviendo.

*Si, cuando yo empecé yo decía, ¿esto es como comunitaria!, en el sentido de que realmente tú le das atención; es como la pasantía que uno hace en 5° año, la integral, porque uno atiende al paciente y el propósito es que así como llegó, uno lograr darle toda la atención en todas las áreas, y lograr a darlo de alta, y lo que es especialidad, pues remitirlo. Pero en ese sentido, si es un poco de trabajo como el de la universidad en cuánto a la clínica integral de 5° año, pero no es parecido en cuánto a las actividades que nosotros hacíamos por ejemplo en los “Arales”, que nosotros teníamos días de ir a las comunidades asignadas, visitar las casas, y tener ese contacto con la comunidad, en ese sentido, no es parecido. (Odontóloga de San Diego).*

Entre las diversidad de políticas expuestas en el documento, del Ministerio, es pertinente resaltar la política 2 dirigida a “*eleva la calidad académica de las instituciones y mejorar la eficiencia institucional*”. En este artículo, se entiende a la calidad como un proceso multidimensional y articulado al mejoramiento continuo de los procesos académicos y a la profundización de las responsabilidades sociales, de las instituciones de educación superior. Los criterios que le dan sentido a la calidad son ejercicio del pensamiento crítico, formación integral, fortalecimiento de lo académico y autonomía.

Otra política que vale la pena mencionar del documento del Ministerio, es la 3 la cual está relacionada con la mejora del desempeño de los estudiantes, entendida como el conjunto de experiencias y logros formativos de los estudiantes, en su relación con la educación superior.

Se trata de una responsabilidad institucional vinculada a la calidad de la enseñanza y a la formación integral, donde se incluyen en los proyectos educativos, prácticas de docencia, investigación y proyección social.

La última política a mencionar de dicho documento, hace referencia a lograr una mayor pertenencia social.

*No nos educan para trabajar en público, nos crean ese gusanito. Muchas veces vamos a un consultorio bonito, privado, que tenga mi asistente, porque así fui educada, pero no pensamos nunca, bueno distintos ámbitos territoriales. (Entrevistada de San Joaquín).*

El punto central del discurso gira en torno al ejercicio clínico privado, siguiendo el esquema lógico-positivista, que guía al sistema de formación, reflejándose en el hacer profesional

Estrada (2006) afirma que la clínica es agotadoramente hegemónica en las facultades de ciencias de la salud, en la práctica profesional y en el saber oficial, donde el conocimiento está inscrito en la concepción funcionalista. Aún cuando se reconoce de una manera universal, la importancia de tomar en cuenta los factores sociales para mantener el estado de salud de una población, este reconocimiento no ha tenido mayor importancia. Por ende, la formación odontológica universitaria, tiene un enfoque clínico, con énfasis en una metodología experimental.

La postura conocida como el cientificismo está muy difundida y ha penetrado en el sistema educativo y en todas las instituciones sociales y políticas. La cientificidad, es el efecto por medio del cual se instaura el dominio del conocimiento científico, que puede tener lugar en el interior de cierto discurso determinado ideológicamente, en el nivel de sus condiciones de producción (Veron, 1987).

El mundo científico reconoce al método científico, como el único enfoque válido para llegar al conocimiento. Este método obtenido a través de la secuencia de una serie de pasos sistemáticos, es el utilizado para el estudio del mundo físico y de las realidades biológicas y sociales.

La formación académica actual, se constituye en instancias de legitimación de campos disciplinares, certificando el estatus profesional a través de los títulos. Tal formación expresa la significación de los campos disciplinares, así como los perfiles de los futuros profesionales. La formación se materializa a través de los proyectos académicos, los cuales están inscritos en procesos más amplios delimitados por la política e ideología de Estado. Ahora bien, comprender que un campo disciplinar se construye en función de un conjunto de aspectos donde confluye la comprensión, explicación, la denominación y la transformación, conlleva a hablar más de producción disciplinar, que de producción de conocimientos.

Conviene destacar, que el profesional del área de la salud egresado de las universidades, tanto en el mundo desarrollado como sub-desarrollado, es prisionero

de una mirada en salud cartesiana, determinista y mecanicista. Esto genera a un profesional que se aísla de todo el componente social de la salud.

Estas representaciones, entra en contradicción con los lineamientos que sobre salud están esbozados en la Constitución de 1999 y con los principios que orientan las nuevas prácticas comunitarias definidas en el diseño curricular de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo y con los lineamientos de la UNESCO para la educación superior.

*Cuando yo inicié en Barrio Adentro, yo decía, ¿Qué es esto?, ¿yo no estoy acostumbrada a trabajar con esto!, ¿esto yo no lo sé trabajar! En esa parte hubo un choque con lo que yo estaba acostumbrada y como yo había aprendido a hacer las cosas”. (Odontóloga de San Diego).*

*“Y sin por supuesto, las exigencias de los requisitos que pide la universidad, allí no es que, ¿necesito una clase II, una clase III, una clase IV, ¿Que paciente lo tendrá? Sin ese estrés, uno le hace al paciente lo que necesita. Si el paciente no necesita restauración, sino una simple limpieza, eso es lo que se hace ya. No hay esa presión de que te están evaluando, que te están pidiendo, Lo importante es hacer lo que llegue y lo que el paciente necesita” (Odontóloga de Tocuyito).*

*Si, cuando yo empecé yo decía, ¿esto es como comunitaria!, en el sentido de que realmente tú le das atención; es como la pasantía que uno hace en 5° año, la integral, porque uno atiende al paciente y el propósito es que así como llegó, uno lograr darle toda la atención en todas las áreas, y lograr a darlo de alta, y lo que es especialidad, pues remitirlo. Pero en ese sentido, si es un poco de trabajo como el de la universidad en cuánto a la clínica integral de 5° año, pero no es parecido en cuánto a las actividades que nosotros hacíamos por ejemplo en los “Arales”, que nosotros teníamos días de ir a las comunidades asignadas, visitar las casas, y tener ese contacto con la comunidad, en ese sentido, no es parecido. (Odontóloga de San Diego).*

*Se parece a comunitaria, aquí a pesar que no voy a las casas, si captó a ese paciente en las a la sala clínica, de hecho hay veces que tú tienes que atender a todos los pacientes que asisten a tu centro de servicio. (Odontólogo de Naguanagua).*

Las representaciones que saltan la superficie textual, evidencian desconocimiento total de lo que significa la participación comunitaria en salud. Condicionando una practica morbicentrista y un desarrollo del ser profesional totalmente individualista.

La racionalidad médica se fundó en esa mirada, y esa mirada condiciona todo el saber y la práctica. Las consecuencias?...: El cuerpo convertido en objeto, atrapado en unos mecanismos de poder que lo exploran, desarticulan, recomponen, lo piensan y lo definen.

#### ***4.1.2 Segunda Temática.***

##### ***La comunidad Representada.***

La segunda unidad temática puesta en análisis, fue rastrear las representaciones que el profesional tiene sobre la comunidad. Al indagar sobre las actividades en la comunidad el discurso desplegado, ofrece toda una serie de marcas ideológicas que es necesario develar.

*No hacemos actividades de terreno no hacemos, realmente yo no conozco a la comunidad, solo conozco a la que asiste, del resto, de*

*verdad que no nos involucramos con ella, de verdad que no.  
(Odontóloga de San Diego).*

Para conocer el todo comunitario, hay que adentrarse en la comunidad a través de las actividades de campo. “*yo no conozco a la comunidad*”. La falta de compromiso es un sello que marca las actividades del profesional encargado de la salud bucal en las comunidades: “*de verdad que no nos involucramos con ella*”.

Para conocer realmente a una comunidad, hay que involucrarse con ella en el sentido de interrelacionarse, caminarla y convivirla, con el objeto de establecer lazos de compromiso entre los y las profesionales y la comunidad.

Al conocer la historia de una comunidad, es más fácil entenderla y explicar las actitudes frente a los factores externos que inciden en ella, así como, prever las reacciones frente a los proyectos de cambio (González, 1988).

Didier (1987:30) define a la comunidad como, “*un grupo de personas que comparten un territorio común, un conjunto de recursos comunes, una cultura común, que interactúan frecuentemente y que se definen como pertenecientes a un grupo social*”.

A lo largo del tiempo, el concepto de comunidad ha evolucionado, en un principio se entendía como una concepción polarizada entre el binomio comunidad-

individuo. La visión posmoderna no concibe esa dicotomía, muy por el contrario, identifica a la comunidad como una relación de interdependencia (Newbrough, 1991).

La OMS (citada por Martín y otros, 1988) define a la comunidad como un conjunto de individuos que conviven en un área geográfica determinada y mantienen relaciones caracterizadas por su pertenencia social.

La ONU, la cataloga como “*un todo con tres componentes claves: la función, la estructura y la cultura*” (Martín y otros, 1988:263).

*No es una relación tan directa porque el paciente a veces te llega dos veces y se va y a lo mejor tú no lo ves más hasta un año y medio.  
(Odontóloga de San Diego).*

Bajo este formato de relación, es casi imposible establecer lazos de fraternidad y compromiso con la comunidad. Esto genera desvinculación entre la comunidad y las instituciones de salud.

Al respecto Montero (1998) manifiesta que la identidad, es una característica típica de las comunidades. Esta autora, identifica a la comunidad como un grupo social, dinámico, histórico y culturalmente constituido y desarrollado, preexistente a la presencia de los investigadores o de los interventores sociales, que comparten objetivos, necesidades y problemas, en un espacio y en un tiempo determinado, generando colectivamente una identidad,

En la conceptualización de comunidad, se puede afirmar que existen dos grandes grupos. Estructurales y funcionales (García, Giuliani y Wiesenfeld, 2002). La definición estructural, es la corriente que siguen determinados autores como Montero (1984), San Martín (1984), Rodríguez y Vega (1998) y Didier (1987), quienes determinan la comunidad como la asociación de individuos vinculados entre sí, por sus características propias y diversas al mismo tiempo. Mientras que la concepción funcional apoyada por Sanders y Brownlee (citado por Rodríguez y Vega, 1988), sostienen que la comunidad resulta de la interacción de los diferentes componentes de la misma, traducido en una serie de procesos donde se involucran afectos y sentimientos.

Bajo la concepción funcional se genera el sentido de la comunidad, el cual ha sido abordado por diferentes autores como McMillan y Chavis (1986), Glynn (1986), Davidson y Cotter (1989), y Córdido (1997). La comunidad vista desde esta perspectiva, incluye sentimientos de satisfacción, pertenencia, expectativas, donde los miembros se preocupan unos por otros, con una fe compartida en la satisfacción de las necesidades.

No obstante, este sentimiento de pertenencia con las comunidades no puede ser vivido por los y las profesionales, ya que ellos no tienen un contacto directo con la misma: *“No es una relación tan directa”, “de verdad que no nos involucramos con ella”*.

*En mi consulta, las charlas que le damos a nivel preventivo se hacen allí, en el consultorio, primero se hacen en la sala de espera, y luego cuando tú tienes al paciente en el sillón le vas recalcando, que es lo que tiene, que le vas hacer, como, que es lo que ellos tienen que hacer para evitar esas enfermedades. Quisiera hacer en ambas, tanto en la consulta, como llegar a esa gente que todavía no hemos podido lograr que lleguen al consultorio. Porque si hay muchas personas que no han podido llegar allá. Lo más lejos que hemos ido es al consultorio médico. A ir a captar a ese grupo de pacientes que le llegan a los médicos. (Odontóloga de San Diego).*

Al respecto, es relevante mencionar la investigación realizada por Pedemonte, Klemonskis, Malleville, De Gatica y Probe (2004), sobre la práctica social odontológica en una comunidad de Buenos Aires. Evidenciando distanciamiento entre los profesionales y la comunidad, existiendo ningún tipo de relación entre ambos.

Este sentido de pertenencia y de justicia social, son dos elementos que deben ir a la par, a fin de crear unos ciudadanos en ejercicio de la ciudadanía, lo que garantiza una democracia sostenible. Ejercicio que solamente puede concretarse a partir de una relación dialógica permanente.

Bajo este orden de ideas, aparece una nueva categoría como es la construcción de la ciudadanía como un concepto mediador, como la define Cortina (1997:35), ya que *“integra exigencias de justicia y a la vez considera a los miembros de la comunidad”*. La construcción de ciudadanía, la justicia y el sentimiento de

pertenencia no se lograrán, si no se toman en cuenta las necesidades e intereses de las comunidades. En otras palabras, un proceso de encuentro.

*Ven el beneficio del servicio, a veces lo ven más político y de repente hay gente que dice... 'hay no, que a mi no me gusta Chávez, pero no importa a mi me gusta el servicio', que el servicio es gratuito, eso es lo que más les gusta a ellos, que los tratan bien, que se sienten motivados a volver porque el ambiente es agradable. (Odontóloga de san Diego).*

La comunidad valora el buen trato, el ambiente agradable, la gratuidad, elementos que le dan significación. El servicio justo está dado por la equidad en la atención, independientemente de la tola política a la cual tienen afinidad, valores que permiten la construcción de una ciudadanía plural.

En la construcción de ciudadanía, se dan exigencias de justicia, exigencias comunitarias de identidad, pertenencia y participación.

El estatuto del ciudadano es en consecuencia, el reconocimiento oficial de la integración del individuo en la comunidad política, que desde los orígenes de la modernidad, es la comunidad la que cobra la forma de estado nacional de derecho, con la participación activa en los asuntos públicos, en la legislación y administración, deliberando con sus conciudadanos donde todas las personas se sepan y sientan ciudadanos y ciudadanas (Cortina, 1997).

*“El espacio de la ciudadanía junto con la producción material e intelectual, el parentesco y la subjetividad, son los planos de expresión de la cultura”* (García, 1996: 6). La ciudadanía esta vinculada a relaciones y expresiones de poder. Al igual que las relaciones de poder, los derechos ciudadanos/as no son fijos, sino objeto de luchas permanentes para ser defendidos, reinterpretados y extendidos. Como bien señala Walzer (1991:1). *“El estado crea las relaciones de ciudadanía y forma parte de ellas. Sin embargo, son las sociedades las que han luchado para limitar el poder del Estado”*.

Astelarra (2002), en su investigación sobre la ciudadanía, entiende por construcción de ciudadanía el eje que hace que las personas sean sujetos/as políticos/as. La ciudadanía esta asociada a derechos individuales y a la relación entre los y las sujetas/os políticos, y el Estado. La autora acota, que la participación está asociada con red de organizaciones las cuales interactúan y funcionan en pro del logro de objetivos comunes.

Marshall (1991:1) expresa que la *“la ciudadanía es el máximo estatus que la comunidad política brinda a algunos de sus integrantes.”* Por su parte Arendt, (1996:1) la identifica como *“el derecho a tener derechos”*.

Chantal Mouffe (2001), maneja una concepción de ciudadanía activa, plural y radical, incluyendo el respeto a la diversidad. Mary Dietz (2001) dibuja una ciudadanía concebida como bien común en si mismo.

Hablar de ciudadanía, implica precisar sus dos acepciones: la liberal que sostiene la externalidad de los individuos en relación al Estado, se constituye con votos e impuestos a cambio de servicios. La social por su parte, considera al individuo miembro de la colectividad política. Espacio donde construye su identidad autónoma, participando y empoderándose de los asuntos públicos.

La ciudadanía, tiene que ver con la pertenencia a un grupo o comunidad que confiere derechos y responsabilidades. La ciudadanía conferida igualitariamente a todos y a todas, se convierte en un concepto abstracto y dinámico. Actualmente, constituye una categoría compleja que genera espacios de tensiones y complejidades.

No obstante, las representaciones que emergen sobre la comunidad en esta investigación, no reflejan ni sentido de pertenencia y mucho menos lazos identitarios.

La identidad es entendida como el sentido de pertenencia del grupo donde las actividades que se desarrollan, son frutos de los acuerdos entre sus miembros (Malacalza, 2003).

La identidad es un constructo social personal, una representación que nace en el grupo. El nivel de pertinencia y de identificación con el grupo, permite monitorear las prácticas sociales y las prioridades de acción de los grupos sociales (Van Dick, 1999).

La identidad social es una forma adquirida y compartida de los miembros de un grupo, para proteger los intereses del mismo.

*Es una comunidad colaboradora, dentro de lo que se cabe, porque la misión se apoya mucho de los comités de salud que se encarga de hacer promoción para llamar a captar los pacientes, organizar. Y la verdad que la comunidad es muy receptiva, y si hay una buen volumen de pacientes, asisten. Si sienten alguna cosita no esperan al dolor. Acuden bastante y sienten mucha confianza con nosotros, incluso a los niños los llevan para prevenir, El adulto, llegan con dolor. El adolescente, generalmente van porque lo lleva la mamá, pero muchos asisten por estética. (Odontóloga de San Diego).*

La colaboración y la receptividad, dos categorías que aparecen en el discurso, están en función de la asistencia y son condicionantes de la participación. Este enfoque asistencialista, lleva consigo una gran carga ideológica, donde la responsabilidad de la salud, recae en el individuo, encubriendo de esta manera, los mecanismos ocultos de la relación saber-poder-dominación.

El discurso en salud en el capitalismo, se define como un sistema significativo del espacio de medicalización del cuerpo humano, que rige toda práctica discursiva de esta área. En esta red semiótica se producen y desarrollan modelos cognitivos,

representaciones, necesidades, modos de satisfacción, organización del saber y división social del trabajo del sector salud, influenciadas por relaciones de dominación. Este conjunto de prácticas discursivas, contribuyen a la reproducción del capital, por lo que la práctica en salud está orientada hacia un modelo asistencialista de la participación. (Balestrini, 1999).

*La gente es muy colaboradora, y uno lo ve simplemente en que tu le explicas... 'mira, te tienes que cepillar de tal manera, yo te voy a estar chequeando'. Y de verdad que la gente se esfuerza, y dicen, ¡si lo voy a hacer! Y en ese sentido yo veo que la gente sea receptiva. (Odontóloga de Tocuyito).*

La receptividad está en función del asistencialismo y del cumplimiento de mandatos. Investigaciones conducidas por Pedemonte, Klemonsks, Malleville, De Gatica y Probe (2004) refieren la actitud “*receptiva pasiva*”, de la comunidad, frente a la práctica social odontológica de la comunidad.

Las representaciones aquí captadas, dejan bien claro como la **participación es una actividad utilitaria-asistencialista**. Una marcada representación de la participación como acción ejercida de afuera hacia adentro, siendo el tareismo una de las formas de construirse la acción participativa.

Es evidente que lo que prevalece en el imaginario colectivo de nuestros entrevistados, son unas representaciones generadas por un estado paternalista y es apenas obvio, que los discursos así lo reflejen.

Si el concepto sobre participación es vago, y las representaciones sobre la acción participativa están enmarcadas dentro del utilitarismo; es apenas lógico pensar el bajísimo impacto de la asignatura “comunitaria”, dentro del diseño curricular de la carrera de odontología en la Universidad de Carabobo; así como el discurso participativo desplegado en los módulos de Barrio Adentro.

Al ser representada la comunidad como colaboradora, se continúa considerándola como un recurso más, campo de intervención esporádica. Con la colaboración no se logra una verdadera toma de conciencia, todo lo contrario, se consolida la adecuación y el reforzamiento de la relación: saber-poder-sumisión. La comunidad en consecuencia, no tiene ningún protagonismo, no significa nada en los programas. Solamente existe como objeto de intervención.

Sobre este punto, la ideología tiene mucho que decir, dado que estudia las relaciones de poder, así como los efectos que impiden percibir las relaciones de sometimiento (Lanz, 1988; Montero, 2003).

El poder es un elemento que atraviesa todas las relaciones humanas, de manera que está presente desde las formas más sutiles hasta la más explícitas, donde se involucran, tantos aspectos positivos como negativos (Montero, 2003).

Foucault (1992) en *microfísica del poder*, señala que el poder está en todas partes, siempre está ahí presente, imprimiendo hegemonía. El poder que se ejerce en el espacio salud, ha cristalizado en la asistencia curativa, toda su atención, dejando a un lado la promoción de la salud. Esta posición, si bien ha producido sus logros y beneficios, no es menos cierto, que ha consolidado una visión muy individualista y desarticulada.

*Cuando veo un paciente le explico, cuando regresa si es que tiene una gingivitis, que yo sé que no tiene buenos hábitos de higiene, le chequeo y le voy diciendo, ‘mira para ver, te tienes que cepillar bien, te das cuenta mira aquí tenías un acumulo de cálculo, que ya no lo tienes, así es, tienes que seguirlo haciendo’. O si veo que si llega con el factor irritante le digo, ‘mira ven acá no lo estás haciendo bien, tienes que hacerlo bien, ¿pero como lo haces tu?, muéstrame con el dedo como lo haces’, entonces ellos más o menos me van diciendo, ‘así doctora, así’, entonces yo les voy diciendo, no mira, tu te pones en frente del espejo y tu ve practicando, te tienes que hacer así. (Odontóloga de San Diego).*

Lanz (1988), manifiesta que la dominación opera en todos los planos de la totalidad social. La expresión “*mira para ver, te tienes que cepillar bien, te das cuenta, mira aquí tenías un acumulo de cálculo*”, es una clara representación del ejercicio de poder. El odontólogo(a) adquiere en su proceso de formación una cultura

médica que le otorga poder de mando, por la cual es reconocido y respetado. Aun cuando la cultura profesional es un rol aprendido que refuerza su control y legitimación en el mercado laboral, es también un rol adquirido, bajo el proceso de dominación.

La conducta de poder-dominación del profesional de la salud bucal, influye fuertemente en sus pacientes, donde el paciente se convierte en un objeto que atiende órdenes y mandatos, como se evidencia en esta expresión “*yo les voy diciendo, no mira, tú te pones en frente del espejo y tu ve practicando, te tienes que hacer así*”. Este poder está cargado de un componente ideológico, que se instala en todos los espacios de la vida societal. Entendemos con Lanz (1988:51), que la ideología es pensada como “*la cristalización de una determinada forma de significación*”. La significación está dada por la razón instrumental que determina y signa la gramática de las representaciones.

Montero (2003:38), define al poder como “*la capacidad de hacer que otros ejecuten las acciones que deseamos que sean llevadas a cabo, que otras personas se comporten según las intenciones y los deseos de un agente específico ejecuten*”

Bajo este orden de ideas, reaparece en el discurso del o la profesional, unas representaciones que dejan ver claramente la racionalidad instrumental que le es consustancial.

*Un paciente colaborador es que contribuya con lo que uno le está diciendo, que siga las pautas, cuando uno dice, 'mira debes de hacer esto, debes traer al niño'. En caso de que sea un representante, se le vea el interés en el participar, colaborar y tu ves que si lo demuestra, que es recíproco, porque tu le das y el también aporta y que se dejen atender, que permita que uno pueda hacer todos sus procedimientos con tranquilidad. A veces se les abre su historia como se les hace a todos los pacientes que van, pero a veces vienen solamente a solucionar su emergencia, una resina en el diente anterior, algo por el estilo, un dolor que hayan tenido y no regresan. Claro no son la mayoría, en estos 3 años se han dado de alta a una cantidad de pacientes, y vuelven a hacerse su chequeo. (Odontóloga de Tocuyito).*

De acuerdo a lo expresado, el poder está concentrado en un polo de la relación, y en función de esto, Martín- Baró (1999) manifiesta, que el poder permite a quien lo posea, imponer su voluntad, objetivos o intereses a los otros, pasando por encima de motivaciones personales y razones sociales, conllevando a una relación asimétrica. De igual forma, este autor reafirma que el poder sirve a los objetivos e intereses canalizados por el actor, más que a su voluntad.

Coincido con Rodríguez (1994), un estudioso venezolano quien desarrolló una agenda de investigación, buscando representaciones relacionadas con el contexto de las relaciones de poder, dominación y sumisión, en el campo de la salud. El estudio titulado “*Las representaciones sociales en el espacio médico a partir del paciente*”, tuvo como propósito constatar el carácter del proceso simbólico-cognitivo complejo, dialéctico y multidimensional con las relaciones de poder, reflejadas en el espacio médico. En sus resultados, el espacio médico quedó catalogado como un espacio altamente estructurado, institucionalizado, formal y muy bien delimitado, dominado

por una ideología médico-tecnocrática. Mientras que el paciente estuvo representado en el estudio como “*pasivo, obediente*”.

En este debate sobre las relaciones de poder, aparece también una relación foucaultiana entre el poder y los recursos. Varios autores como Serrano-García y López-Sánchez (1994), establecen que la diferencia de los recursos, es la que hace al poder.

*Si, es una comunidad bien receptiva y bastante necesitada. Bueno porque ellos se abocan mucho al, consultorio, hacen los que uno les dice, tú le das cita y ellos van, ellos están pendientes de su control, de visitar al médico y al odontólogo cada 6 meses. (Odontóloga de San Diego).*

La representación “*bien receptiva y bastante necesitada*”, denota la relación de poder en función de la diferencia de recursos, una comunidad necesitada y una profesional que subsana esa necesidad, convirtiéndose en “*doctora de la salud*”.

Martín-Baró (1995) señala al respecto, que el carácter de las relaciones sociales basadas en la posesión diferencial de recursos, le permite el logro de los intereses personales, e imponerlos a otros. La frase “*hacen los que uno les dice*”, denotan el planteamiento de Fisher (1992), el poder consiste en la capacidad de un individuo en orientar la acción de otros. Esta fuerte representación, afronta el poder del poder y por ende de la profesión.

Friedson, (1978) en su obra crítica sobre “*El estudio de los médico*”, asegura que no es la cantidad de los años de formación profesional lo que asegura que ejerzan bien su oficio, sino la experiencia laboral, aseverando que son los controles propios entre los profesionales y usuarios, los que legitiman su poder.

*..ellos siguen su tratamiento y uno les dice ‘pasa tal día ven, que vamos, te faltan tantas restauraciones, tienes que hacerte una limpieza’, y ellos van y cumplen. (Odontólogo de Naguanagua)*

En este relato está presente el autoritarismo característico del modelo biomédico, donde el profesional de la salud, se erige como el único capaz de lidiar con la vida-muerte. El problema está dado por la cultura morbicentrista en que se vive, y el enorme poder de autoridad que se le ha conferido a la profesión.

Gadamer (1996), sabiamente recomienda que el que domine su arte, no tiene que mostrar superioridad, ni a sí mismo ni a los demás.

Cuando el poder se percibe en términos de relación, se generan tres tipos de poder: estratégico, causal y conflictivo. Los dos últimos representan un poder asimétrico (Serrano-García y López-Sánchez, 1994). Cuando el poder es causa y/o conflictivo se genera e impone un comportamiento en otra persona. Por el contrario, cuando el poder es estratégico, se genera una relación simétrica, ya que cada miembro

desarrolla estrategias para el logro de sus fines. Este es el tipo de relación, que se quiere lograr en la comunidad.

No obstante, el poder que prevalece en la misión Barrio Adentro, como una institución de servicio, es asimétrico con una hegemonía de los y las profesionales y a espaldas de la comunidad. Este tipo de relación asimétrica es ahistórica, común denominador en las instituciones de salud venezolanas.

*Te puedo decir que de un 100 por ciento un 99 de los pacientes han sido muy receptivos, colaboradores y hacen caso, no solo por mí, pienso también, que es por la misma población, esa calidad humana que tiene esa población”. (Odontóloga de San Diego).*

Una representación importante a resaltar, es la relación entre obediencia y calidad humana, *“pienso también que es por la misma población, esa calidad humana que tiene esa población”*. Representación que sella de manera contundente las implicaciones del autoritarismo en la propia profesión, a costa de la humildad del paciente.

*Pero lo que te podría decir, que puedo percibir es respeto. Pero realmente si respetan, pero al principio le daban más valor al cubano que a nosotros, porque ellos fueron los que empezaron la misión, ellos pensaban que los venezolanos no queríamos integrarnos, pero después que se dieron cuenta ¡que si, que nosotros estábamos allí, que éramos profesionales de aquí de nuestro país, fueron tomando confianza y dándose cuenta, quizás conociendo los valores que nosotros teníamos que de repente, ellos no conocían! Y bueno ahora si es diferente. (Odontóloga de San Joaquín).*

El paciente asume una posición de respeto, dado por el saber y el conocimiento del profesional (Montero, 2003). El único criterio científico valedero, es el del profesional, donde el saber y la capacidad científica se erigen como los únicos criterios de validez.

Al respecto, Lanz (1988) refiere que en la vida real existen relaciones en las más diversas combinaciones, donde la dominación opera como una forma de totalización, una especie de cemento del sentido. Bajo estas premisas, la odontología es un espacio donde se cristalizan estas relaciones de poder de las que hemos hecho referencia.

Foucault (1989) refiere en su texto *social security*, que en la construcción del sujeto social están implicadas la sujeción, cosificación y dominación, y en el caso de la salud ha descrito los efectos de una política que medicaliza, normaliza, individualiza y excluye. En su obra *Microfísica del poder* (1992), sostiene que el conocimiento engendra poder. Las formas institucionales y la ideología que asume la profesión, están directamente relacionadas con los procesos de autonomía que logra alcanzar en la sociedad. La legitimación laboral de la odontología como profesión, esta dada por la forma en que logra validarse en la sociedad. Su proceso de legitimación como profesión, influye definitivamente en el control de la salud bucal y consecuentemente, en la forma de cómo la profesión es construida.

*Me siento parte de la comunidad, no de todas, porque no hemos hecho eso de ir hasta las casa. Pero si hay muchas que uno los siente como parte de uno; y yo también me siento como parte de ahí. Por eso, porque ellos siempre están pendientes de nosotros, acuden al consultorio. (Odontóloga de San Diego).*

*Ya ahorita de repente en ciertas zonas ha bajado ese número de pacientes diarios, pero el impacto inicial que se ha atendido va bajando. Y hay algunos que se atienden, pero todavía necesitan ese tratamiento, pero hay algunos que no van.....entonces hay esa necesidad de ir a la vivienda. (Odontóloga de San Diego)*

La expresión “*Me siento parte de la comunidad, no de todas...*”, denota que no hay participación comunitaria en el sistema de atención de Barrio Adentro. A pesar, que en los postulados teóricos de Barrio Adentro (MPPS, 2007) la participación es la columna vertebral del modelo. Esta participación es operativizada, a través de los comités de salud y el control social como expresión del poder popular. sin embargo, el discurso no ha podido concretarse en la acción.

Recordamos como en la Declaración de Alma Ata, en el capítulo IV queda bien claro el derecho y el deber que tienen las personas de participar individual y colectivamente en la planificación e implementación de su atención sanitaria (OMS-UNICEF, 1978). Para llevar esta estrategia en forma eficaz, la participación comunitaria ha de ser fundamental.

La Declaración sostiene que la autoestima y la conciencia social son factores claves en el desarrollo humano, además recalca la importancia de la participación comunitaria, para poder garantizar la atención primaria en salud.

Se identifica a la APS como el primer contacto, continuo, comprensible e integral, que otorga asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnología apropiada, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesto al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un coste soportable para la comunidad y el Estado; en todas las etapas de su desarrollo con un espíritu de autoresponsabilidad y autodeterminación (OMS, 1981).

La APS es reconocida mundialmente como la clave para alcanzar en el mundo y en un futuro previsible, un nivel aceptable de salud, forma parte del desarrollo social, inspirado en la justicia social. La atención primaria en salud, forma parte integrante del desarrollo general de la sociedad, su contribución se basa en el mejoramiento de la situación sanitaria y en el estímulo de las medidas que favorezcan el proceso evolutivo, haciendo énfasis en la promoción de la salud.

El papel de la salud en el marco de la APS, fue expuesta en Costa Rica y queda concretada como *“El conjunto de acciones orientadas a la identificación, prevención y solución de los principales problemas de la población, el cual se produce como*

*fruto de la participación consciente y organizada de la comunidad y de su cooperación con los organismos e instituciones de salud” (OMS/OPS 1984)*

Ahora bien, producto de esa misma reunión se definen las acciones de APS en el área de salud bucal, como el logro de una práctica odontológica integral.

Esta práctica odontológica tiene como meta la promoción de actividades que van desde la investigación, educación y prevención, hasta llegar a actividades de tratamiento y rehabilitación, con la participación comunitaria. Como muy bien lo dice la definición, es una acción en equipo, entre profesionales de la institución y la comunidad. La salud bucal, solo debe ser promocionada a través de acciones integrales en la comunidad, utilizando como herramienta la odontología comunitaria.

El Estado venezolano en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (CRBV) en su artículo 83 precisa: “...*Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley...*,” (2000:63). Asimismo el artículo 84, manifiesta una innovadora forma de gestión de los asuntos públicos, con la participación de las comunidades organizadas y capacitadas, incluyendo la transferencia de servicios en materia de salud. “*La participación de las comunidades y de ciudadanos o ciudadanas, a través de las asociaciones vecinales y organizaciones no*

*gubernamentales, en la formulación de propuestas de inversión ante las autoridades estatales y municipales encargadas de la elaboración de los respectivos planes de inversión, así como en la ejecución, evaluación y control de obras, programas sociales y servicios públicos en su jurisdicción*". (2000:143). Bajo este contexto, la participación comunitaria en Venezuela es reconocida como un derecho.

La participación comunitaria como se describió anteriormente, no es solo un derecho también es un deber, inclusive está apoyado no solo en el marco jurídico de la CRBV, sino también en la Ley Orgánica de Régimen Municipal (LORM) en su artículo 167 al 180, El cual prevé la existencia de las asociaciones de vecinos como una estructura organizativa y participativa de la comunidad, y como un instrumento para canalizar los intereses comunitarios entre la sociedad y autoridades municipales correspondientes, así como, lo relata la OMS/UNICEF (1978), como el derecho y el deber de la gente de planear y realizar los programas de salud.

Este derecho se traduce, según lo señala Dahl (1971:13-15), en *"igualdad de oportunidades para formular sus preferencias, manifestarlas y para recibir igualdad de trato"*.

La democracia como una propiedad de los sistemas sociales puede ser concebida, según Dietrich (2001), en tres dimensiones: una social, entendida como la calidad de vida material; otra formal, definida como el conjunto de determinadas

reglas generales de poderes, derechos y obligaciones de las diversas entidades, que componen el sistema; finalmente la participativa, entendida como la decisión real de los asuntos públicos transcendentales por parte de la mayoría de la sociedad, con debida protección de las minorías. Este autor define al concepto de democracia participativa, como *“la capacidad real de la mayoría de los ciudadanos de decidir sobre los principales asuntos públicos de la nación”* (2001:73).

En este sentido, este tipo de democracia implica intervención en las decisiones sociales, en la ejecución de los planes y proyectos, así como, en la evaluación y contraloría social. No obstante, en los modelos de atención de B.A., se observa la ausencia de una real participación comunitaria, este punto corresponde a otro elemento entrelazado que complejiza la construcción del o la profesional de la salud bucal.

*Tratamos que hasta la misma comunidad se inmiscuyan en la parte al consultorio, o sea que le agarren cariño. Por lo menos en Navidad, los paciente van llevan cositas, decoramos entre todos el consultorio, una cosa que es tan simple pero a la vez los involucran con la consulta odontológica y entonces ellos se sienten que ésta es su consulta y que ellos se tienen que preocupar por eso y que eso es de ellos, para que ellos la utilice, por el bien de ellos. (Odontóloga de san Joaquín).*

No hay que confundir el concepto de participación con el de empoderamiento *“empowerment”*. Rappaport (1984:3), define a la participación como el *“mecanismos*

*por medio del cual la gente, las organizaciones y las comunidades obtienen dominio de su propia vida”.*

Numerosos autores han conceptualizado la participación de diversas maneras, Barriga (1988:69) manifiesta, que *“es intervenir en la toma de decisiones tendentes a planificar, gestionar, y controlar el uso de los recursos”*. Mientras que, Sánchez (2000: 30) sostiene, que *“es producto de un nuevo modo de comportamiento en el que los ciudadanos comienzan a agenciar de manera diferente, no mediadas por representaciones que tradicionalmente han asumido las organizaciones políticas partidarias u organismo del estado, la expresión de sus aspiraciones y también de los criterios que deben guiar el desarrollo social”*.

Ahora bien, Montero (2003:66) la identifica como, *“la acción desarrollada por los miembros de la comunidad en función de objetivos generados a partir de necesidades sentidas y de acuerdo con estrategias colectivamente definidas, fundamentadas en la solidaridad y el apoyo social”*.

La participación comunitaria es un proceso organizado, colectivo, libre, incluyente, en la cual una variedad de actores, actividades y grados de compromisos están orientados por valores y objetivos comunes (Granados 2005).

Montero (1996), afirma que existen dos factores asociados a la participación comunitaria, uno es el conocimiento que tiene la comunidad con respecto a la organización, y otro, el conocimiento crítico de la historia comunitaria.

Si bien, la comunidad tiene conocimiento sobre la misión Barrio Adentro, ésta institución como promotora de la participación comunitaria en salud, todavía no ha logrado impactar en las comunidades, lo que se traduce, en falta motivación y compromiso social.

Con respecto a la participación, Rifkin (1992) distingue cinco niveles en el campo de la atención de salud. El nivel mínimo y pasivo de participación, donde la población puede participar en los beneficios del proyecto de salud, aquí la participación se entiende como la ampliación de la base social, o democratización de acceso a los servicios de salud. El nivel más profundo, cuando la población local puede participar en actividades programáticas; por ejemplo, asumiendo roles como trabajadores de salud locales o promotores. El nivel de implementación, donde se asumen responsabilidades administrativas en un programa. El nivel de monitoreo, que permite evaluar programas. Y por último, el nivel real de participación: la población local participa en programas de salud, es sólo en este último nivel en el que realmente decide.

*En cuanto a lo que ha sido este servicio, en sus inicios hubo mucha participación, yo siempre he pensado que el venezolano como tal, es muy efectista, o sea, cuando se comienza el programa misión barrio adentro como tal asistían para ver lo nuevo, lo novedoso y que es lo que hay. Y cómo tú muy bien sabes, el sitio donde yo estoy, en San Diego esa es una población muy suigéneris. Así como consigues gente de estratos sociales de escasos recursos, también consigues gente con muchos recursos que asisten. (Odontóloga de San Diego).*

*Yo veo que ellos se abocan, el paciente de antes era muy de esperar al dolor, esperar que ya no hubiese solución, incluso a los niños los llevan para prevenir, mira yo lo he visto que no tiene caries, para una limpieza o necesita otra cosita, o para que él se acostumbre a venir al odontólogo. Entonces, ya por ahí uno nota que ya está cambiando la mentalidad, en algunos pacientes, participan más, no en todos, porque hay unos, sobretodo en los más adultos, las personas mayores que no participan. (Odontóloga de San Joaquín)*

Es evidente la confusión conceptual que tienen los entrevistados/as sobre la participación, Se observa que la población no participa en los procesos de planificación, ejecución, ni evaluación, en tanto tal, no existe contraloría social. Numerosos autores como Cortina, Sánchez, Fadda, González, exponen que lograr una participación activa, es una tarea bastante compleja, más no imposible.

*La comunidad ha participado en todo. De hecho nos ayudan con la cartelera, con el consultorio, la pintura. (Odontóloga de San Diego).*

González (2005) en su investigación acerca del discurso médico y sus representaciones sociales, en torno al proceso participativo en salud, manifiesta que la participación de la comunidad es utilitarista, estando representada de forma pasiva y dependiente.

Fadda (1990) sostiene que el concepto de participación debe concebirse como la redistribución de poder y la inclusión de grupos excluidos, a fin de obtener un mayor control. Al respecto una investigación llevada a cabo por Alarcón, Gómez y Rodríguez (2007) en el Estado Suvre-Venezuela, revelan que la comunidad asume a la participación como un medio para lograr reivindicaciones sociales inmediatas. En este trabajo, se percibe que el gobierno local no ha entendido lo que verdaderamente es la participación comunitaria, su importancia en el ejercicio de la gobernanza y su papel en el desarrollo local, a pesar de que normativamente existen las herramientas para promoverla. Los autores revelan que la idea que tienen los actores comunitarios acerca de la participación y la gobernanza está en permanente confrontación, por cuanto no se evidencia un consenso articulado entre los intereses sociales y políticos de las partes.

*Si, es una comunidad activa, ellos a veces se dan cuenta de alguna necesidad que tiene el consultorio, entonces ellos dicen, ¡mira que yo puedo ayudar en esto!.... entonces nos ayudan, aunque realmente el consultorio está bastante bien dotado, pero siempre hay cositas que hacen falta. (Odontóloga de San Diego).*

*...realmente nosotros como odontólogos no salimos a hacer actividades preventivas ni educativas, ni en escuelas, ni siquiera en algún otro lugar, dentro de la misma comunidad. Porque simplemente no se nos permite, nuestras funciones están limitadas solamente al área clínica. (Odontóloga de San Diego).*

La participación activa, es representaba desde lo utilitario, quedando claro el gran desconocimiento, acerca de lo que realmente significa empoderamiento de la gente de los asuntos públicos en salud bucal. Según Hernández (1996), en la

participación comunitaria se identifican tres niveles: el nivel de asistencia, que es la forma más frecuente de participación y está dada por acciones espontáneas, intermitentes, improvisadas y puntuales. El nivel permanente, que son acciones que ejerce la comunidad siguiendo un plan o proyecto determinado, estableciéndose un mayor compromiso con acciones puntuales, pero permanentes. El tercer nivel, el orgánico que implica la apropiación completa del proyecto, cuyo fin está dirigido a la transformación de algunos aspectos de la realidad, ya que los miembros de la comunidad actúan con un alto nivel de compromiso en la planificación y ejecución del proyecto.

Aunque estos tres niveles no son excluyentes, el nivel que se evidenció en la profesional entrevistada es el asistencialismo.

*...la parte del servicio de odontología, los ha ayudado muchísimo pues, a sentirse atendidos y sentir que hay personas allí que le van a dar atención y sentirse satisfecho pues, no se sienten aislados, ni se sienten apartados, sino que saben que tienen alguien a quien acudir, pues en esa parte han participado, y ayudando en lo que falta. (Odontóloga de Tocuyito)*

La participación no es un proceso nuevo, este se remonta al siglo XIX con las formulaciones de Owen y Proudhon (Massari, 1977), no obstante, los fundamentos que realmente impactaron en las sociedades fueron los de Marx y Engels (1976), con las ideas expuestas en “La Guerra Civil en Francia”.

Posteriormente en las primeras décadas del siglo pasado en Rusia, las obras claves de participación de las masas fueron las de Trostky, Lennin y Luxemburgo (Fadda, 1990). El concepto de participación siguió consolidándose en los períodos de guerra, y fue después de la segunda guerra mundial cuando surgen experiencias de autogestión y de movimientos sindicales. Como consecuencia de la pobreza, desempleo y desigualdades sociales, a partir de la década de los 70, las Naciones Unidas a través de la “*Declaración Coyoacac*” (Naciones Unidas, 1974), Se gestionan los modelos de planificación de desarrollo, a fin de aumentar progresivamente el “*autodesarrollo*”.

En el ámbito latinoamericano, el tema aparece en el campo socio-político y académico y nivel operativo, entre los pensadores más destacados, tenemos a Castells (1975, 1979, 1981), Cardoso (1978), Delgado (1986), entre otros. Laclau (1985) refiriéndose al tema, manifiesta que una pluralidad de posiciones puede llevar a diferentes espacios de participación.

Barreto (1988) sugiere que es el medio donde se amplían las oportunidades para tomar parte de las decisiones sociales, convirtiéndola en una práctica real social. Por su parte Palacios (1988), define al trabajo comunitario como el mecanismo al servicio de la comunidad con y para la gente. Entendiendo así la participación, como un proyecto donde las personas trabajan juntas para superar las dificultades y ganar más control sobre sus problemas a través de acciones consensuadas.

Haciendo un análisis sobre la participación en Venezuela, se observa que es a partir del Primer Plan de la Nación (1960-1964), cuando comienza a aparecer la iniciativa de la participación articulada a políticas, programas y proyectos de desarrollo de la comunidad; entendida como un elemento destinado a incorporar a los sectores populares en los programas destinados a elevar su calidad de vida. En el II Plan de la Nación (1963-1966), se consolida la visión de desarrollo comunal a través de la participación social, como elemento estratégico en la solución de sus problemas (CORDIPLAN, 1958). En el III Plan (1965-1968) se mejoró la visión, objetivos y propósitos de los planes anteriores, y se continuó el impulso del desarrollo de la comunidad.

En el IV Plan (1969-1973), se estimuló la promoción popular permitiendo la incorporación y participación deliberada y consciente de la población al proceso de producción, distribución de riquezas y disfrute de los beneficios de desarrollo; así como la participación popular en las tareas de ejecución del desarrollo, a través de una toma de conciencia y organización de la población, para asegurar la auténtica participación. Ya para el V Plan de la Nación (1973-1978), el concepto y las iniciativas vinculadas al del tema de participación sufren un cambio, y es entendida con un fin práctico a través del estímulo de cooperativas de ahorro, para la creación de viviendas y solucionar problemas de servicio (González-Marregot, 2006).

El discurso de la democracia participativa, nace en el VI Plan, estando presente en la preparación, toma y ejecución de decisiones, por medio de formas de autoconstrucción, con la organización social como un nuevo valor (FUNDACOMÚN, 1978). En el VII Plan, surgen ideas desarrollistas donde involucran la democratización y la participación ciudadana a través de la COPRE (1986) (Carrera Damas, 1986:107). Uno de los lineamientos estratégicos es la descentralización del poder y participación de los ciudadanos en el control de las decisiones. Se crea la medicina participativa con la participación activa de la comunidad, como una propuesta para la racionalización del sector salud (Díaz-Polanco, 1986).

En el VIII Plan (1989-1994), hubo un desarrollo multisectorial en cuanto a la participación en la gestión gubernamental, con una democracia moderna y eficiente, que incorpora decisiones colectivas (CORDIPLAN, 1981). En todos los planes señalados, aparecen la participación como eje del discurso político en la Venezuela contemporánea.

A partir de la década de los 60, comienza una experiencia de participación comunitaria en salud fomentada por el Ministerio de Salud, gobernaciones de los Estados o surgidas desde los movimientos comunitarios en el espacio local. No obstante, estas estrategias no tuvieron la posibilidad de transformar el sistema de salud..

Díaz-Polanco (1986) manifiesta que el VI plan de la Nación de Luis Herrera Campins, tiene el mérito histórico de introducir por primera vez en Venezuela, el tema de la democracia participativa como modelo de sociedad, en el campo de la salud, surge la *medicina participativa*.

Fue a partir de los 80, cuando aparecen los comités de salud, dentro del concepto de medicina comunitaria, como una estrategia del Ministerio de Salud para incentivar la participación. A finales de esta década, se construyen las juntas socio-sanitarias conformadas por personal del Ministerio, Gobernación y comunidad. Es evidente que lo que se pretendía con estos planes, era involucrar a la población tan solo para aprovechar sus esfuerzos, a fin de disminuir los costos asignados al sector (populismo).

En el IX Plan de la Nación (1995), la política social estaba destinada a incrementar las capacidades de la población desasistida, para apropiarse del producto social, centrándose el discurso en la participación ciudadana en el ámbito económico, social, educativo, ambiental e institucional, bajo un llamado a la solidaridad.

Dentro de la nueva geopolítica de poder en Venezuela, a partir de la elección de Hugo Chávez Frías, como presidente de la República Bolivariana de Venezuela, se desarrolla el Plan Estratégico Social [PES] 2001-2007], en el cual se fortalece la participación social, otorgando poder ciudadano en todos los espacios públicos de

participación, por lo que se convierte en un valor o un bien que la gente reconoce como parte de su patrimonio. En este proceso, la participación está enlazada al concepto del derecho a la calidad de vida, con protagonismo ciudadano y empoderamiento social, conformando la esencia de una democracia realmente participativa. En este plan se maneja la planificación estratégica situacional, partiendo del principio de una previa planificación, en función de las necesidades sentidas desde la comunidad.

El último Proyecto Nacional Simón Bolívar (2007-2013), está fundamentado en la democracia participativa como soberanía popular, que hace tangible el ejercicio de la voluntad general, enfatizando al ciudadano participativo como parte del Estado, dentro de una democracia protagónica revolucionaria. El discurso de participación está presente en todas las áreas como la educación, salud, vivienda, administración pública, institucional, así como, en la producción (Chávez, 2006).

La participación como desarrollo comunitario, como lo explica Dietrich (2001) exige más que una simple intervención, la realización de trabajos de “autoconstrucción” en el marco de una democracia participativa, que funcione como mecanismo de adaptación de los constantes procesos de cambio.

En el Plan Simón Bolívar, la democracia participativa, juega un rol fundamental. Se hace pública la opinión y la voluntad de aquellos grupos que se consideran no

representados, reconociendo el carácter protagónicos de los mismos. Estas acciones expresan la ruptura de la pasividad a través de la reidentificación social.

En este orden de ideas Scotto (2003) manifiesta, que en la medida que se crean espacios de participación, se abren los caminos para el desarrollo de una cultura democrática.

Sabuceo, sostiene al respecto que *“la democracia debe poseer corrientes participativas correctas, para que el conjunto de los ciudadanos sea el auténtico responsable de su destino”* (1988:165). De manera que, se presenta una demanda de mayor inherencia de los ciudadanos en la gestión gubernamental, más eficiente y con mayor participación. Es oportuno aclarar, que la economía de mercado, no sobrevive en una democracia participativa, equitativa y sustentable, como lo refleje Dietrich, (2001).

En relación a la participación en salud bucal, el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (1987) en su política nacional de Salud Oral, fundamentada explícitamente en la atención primaria de salud, hace énfasis en la participación de la población, como uno de los elementos primordiales para cumplir el sistema de atención. Esta política sostiene, que el equipo de atención debe estar en íntima relación con las organizaciones de la comunidad, de manera que pueda incorporarse a

los distintos niveles de gestión del modelo de atención en salud comunitaria, para la solución de problemas de salud bucal, tanto en el orden individual, como colectivo.

Bajo estas premisas se lograrían una mayor participación de la comunidad y por ende, un crecimiento y desarrollo de la propia misión Barrio Adentro, considerando que el objetivo central del desarrollo está centrado en la voluntad participativa y en la capacitación.

La participación es un concepto dinámico en la cuales los ciudadanos se involucran de forma voluntaria y conciente en todos los procesos que les afectan directa e indirectamente Condición que fortalece la capacidad del la población por crear y mantener un desarrollo colectivo, siendo una cualidad inherente, de un verdadero desarrollo.

*...nosotros tenemos la capacidad y la oportunidad de organizarnos, y en los mismos grupos de trabajos, organizar grupitos, e ir de casa en casa; así como hacemos en la universidad, porque no hay diferencia, pero no lo hacemos en la comunidad donde estamos. Generalmente nos conocen, y saben... “ay mira allá están los odontólogos”, y no se van a negar a participar, de repente al principio les cuesta... (Odontóloga de Tocuyito.*

En tales condiciones, la participación activa de la comunidad para el logro de la salud bucal no ha sido el norte que ha orientado la práctica odontológica en las comunidades estudiadas. Las representaciones encontradas así lo determinan. Esto es consecuencia del modelo que sustenta el saber y la práctica odontológica, el cual, no

es el más apropiado para promover y estimular la participación comunitaria, no impactando en la calidad de vida de la población.

*...es una comunidad un poquito apática, porque por lo menos en el consultorio donde yo estoy acuden personas de diferentes, Municipios, como es una parte central del casco histórico de Tocuyito, viene gente de todos los alrededores, entonces es una comunidad muy heterogénea, hay gente de los barrios de los alrededores, entonces es un poco difícil caracterizar la comunidad de allí (Odontóloga de Tocuyito).*

*No son muy colaboradores, son un poquito apáticos, de hecho nos ha costado. Estar al día con lo que es los comités de salud y todo esto, porque como entre ellos mismos ni siquiera se han definido. (Odontóloga de San Diego).*

Los profesionales entienden como comunidad apática, aquella que no asiste, por el contrario, la que asiste es participativa y colaboradora. Se entiende que una comunidad incapacitada para participar, es imposible que se involucre activamente con las actividades de salud. La apatía es una característica típica de las comunidades excluidas, lo que genera un alto nivel de incredulidad.

Al respecto Barrios y Claros (2002), llevaron a cabo un trabajo denominado representaciones sociales en torno a la participación comunitaria, donde incorporaron niños y niñas de la zona Cazucá, Colombia a fin de impactar la apatía en la comunidad, introdujeron cambios dirigidos a desarrollar la capacidad hacia objetivos definidos por sus propios intereses, a través del uso de técnicas vivenciales. Los

resultados demostraron significativos cambios de actitud, involucramiento y motivación al logro.

La apatía, puede ser trabajada entre otras cosas, a través de procesos de capacitación (El Troudi, Harnecker, Bonilla-Molina, 2005). La capacitación se traduce en fortalecimiento de la misma, a fin de transformar creando conciencia y pertenencia (Racelys, 1993; Sánchez, 2000; García y col, 2002; Montero 2003).

Kieffer (1984) sostiene, que este fortalecimiento, no se traduce necesariamente en control, sino en capacitación y eficiencia para intervenir en los procesos de toma de decisiones. Ahora bien, Serrano García (1984) y Montero (2003), declaran que esto se puede transformar en una ilusión de fortalecimiento, ya que se puede crear la ilusión del control de los recursos, sin que realmente se tenga acceso. Sánchez (1997), identifica la capacitación como dar poder a alguien, sobre algo, asumiendo que hay una condición de dominio o autoridad sobre ese algo.

Superar la apatía de la comunidad, en el campo de la salud bucal, exige en primer lugar, quebrar las representaciones ideológicas que se han construido sobre la comunidad, además de generar lazos de compromiso y solidaridad, desde y con la comunidad, haciéndolos partícipes en las actividades de planificación y ejecución de salud, creando así el sentimiento de pertenencia hacia el servicio. Sentimiento contrario al de la apatía.

Lo que realmente se requiere, es de una “*transferencia de poder, a los grupos anteriormente débiles*” como lo expresa Barreto (1988:99), involucrando así a los excluidos, como lo refleja Fadda (1990).

El poder popular es un logro colectivo, que se concreta con la inclusión de los otros. El “*Traslado de poder desde el Estado hacia la sociedad, es la clave para la reconstrucción de las instituciones democráticas, en el marco de un nuevo pacto social*” (De la Cruz, 1985:88).

*“Bueno yo siempre me he adaptado, y quisiera hacer tantas cosas, porque la comunidad es muy apática, muy apática, ellos van sólo cuando tienen dolor.” (Odontólogo de Naguanagua).*

En el campo de la salud bucal para trascender la apatía, se pudiera retomar uno de los principios básicos de la psicología comunitaria, parafraseando a Montero (2003:35): “*el control y el poder debe estar centrado en la comunidad*”.

Siguiendo con esta orientación, se puede capacitar a la comunidad en ciertas áreas de la salud bucal, a fin que sea ella misma la que administre los recursos, la asistencia de los pacientes, planifique, ejecute y controle las actividades preventivas y educativas.

Logrando desplegar el control necesario y las transformaciones deseadas en la comunidad, a través del fortalecimiento de sus capacidades, involucrándose en las actividades de control, participación y toma de decisiones. Crear en este sentido, como lo refiere Fadda (1990: 220), “*una autopotenciación o autocapacitación de la comunidad*”; o como lo manifiesta Rifkin (1996), utilizar el enfoque de “*autocuidado*”.

Por tanto, se debe generar un proceso de toma de conciencia para que la situación sentida y vivida por la comunidad, les cree la propia necesidad de asumir el poder en el espacio público como un derecho.

Desde esta perspectiva, la participación debe ser concebida como la forma de potencializar las actitudes y valores que le permitan a la comunidad “*reconocerse*”, “*autocrecer*” y afrontar los desafíos de su propia salud. Revalorizando su autonomía.

La falta de participación activa en los procesos de salud bucal, es la consecuencia de unas representaciones ideológicas dominantes, donde el profesional es quien tiene el poder de resolución y manejo de la salud bucal.

Al hacer referencia sobre como creen los/las profesionales, que la comunidad los/las perciben, todos y todas manifestaron que la población estaba satisfecha con su acción, como lo refleja este texto:

*Bueno yo creo que la percepción que ellos tienen debe ser, satisfactoria, como agradable. Porque sino los pacientes no volvieran. Y yo lo veo en el sentido que los pacientes me llaman. En ese sentido yo he visto esa receptividad y me he dado cuenta en eso, que los pacientes están pendientes, el paciente se debe sentir agradado, si yo no me sintiera a gusto, yo como paciente simplemente ni vuelvo. Entonces en ese sentido, yo creo que la percepción que ellos tienen es, buena, respetan. (Odontóloga de Tocuyito).*

Las representaciones que tienen los profesionales sobre su desempeño, desde la representación de la comunidad están centradas en función de la **relación saber-poder**.

Friedson (1978) sostiene, que el profesional de la salud debe estar dispuesto a brindar servicios, que respete las diferencias. Al respetar al paciente, los/las profesionales, también pueden esperar que los/las pacientes los respeten. No obstante se reconoce, en la mayoría de los casos la presencia del respeto hacia el experto.

La odontología como profesión médica, refiere variados y complejos procesos de poder: poder de dependencia, cuando orienta las acciones de otros; poder legítimo, cuando le exige ciertas conductas; poder de recompensa, si se premia cierta acción o comportamiento, en el caso de los niños. Poder del experto, cuando se genera respeto; pero también puede existir un poder referente, cuando hay identificación o atracción por el o la profesional (Montero, 2003). El poder más frecuente en el adulto es el de respeto.

Weber (1994b:175) en *la ética protestante y espíritu del capitalismo* manifiesta que la “*legitimación de la práctica médica se obtuvo tras la búsqueda de una racionalidad legal*”, sumándoles también, el carisma del profesional y las creencias tradicionales. El resultado de esta legitimación, es la adquisición de un respeto en la sociedad, obtenido a través de su hacer.

*Bueno, habría que preguntarles a ellos. Pero ellos hasta el momento, yo siento que nos respetan bastante, porque se sienten satisfecho con el trabajo que se les da, saben que somos profesionales que les tratamos de dar lo mejor, lo que nosotros aprendimos y seguimos aprendiendo, y si siento mucho respeto, y no abusan, están conciente de que se les está dando lo mejor, y que los ayudamos hasta donde está en nuestra capacidad de ayudarlos. (Odontólogo de Naguanagua).*

El respeto como representación, está inmerso en la dimensión ideológica, representa el núcleo de una formación social objetivizada. Es así como la ideología determina los límites de la conciencia, de las diversas prácticas utilitarias. Los procesos ideológicos que se desarrollan en el seno de odontología como profesión, en un sistema capitalista, evidencian la existencia de una serie de representaciones características de este modelo de producción, que la determinan como elitesca, lucrativa y tecnocientífica, lo que hace que sea una profesión de poder y respeto.

EL “Encuentro Latino-Americano de Coordinadores Nacionales de Salud Bucal”, de OFEDO/UDUAL celebrado en 2006, en Sao Paulo, Brasil, reconoce que uno de los principales problemas para el desarrollo de los sistemas de salud de la

América Latina, es la formación del recurso humano en odontología, con escasos lineamientos de promoción y participación comunitaria.

El documento producto de este encuentro, “*Carta de Sao Palo sobre Salud Bucal en las Américas*”, concluye que el modelo de formación de recursos humanos debe expresar correspondencia entre las necesidades de la población, los modelos de atención establecidos y los currículos, eliminándose el aislamiento entre las universidades, los servicios y la comunidad.

Es evidente, que estas discusiones tienen una marcada carga ideológica que se funda en el estatuto teórico y metódico de la propia formación.

#### ***4.1.3 Tercera Temática.***

##### ***La Salud Bucal de boca en boca. Representaciones Sociales.***

La tercera unidad temática abordada, estuvo centrada la indagación acerca de las representaciones sociales de la salud bucal.

*El grado de bienestar, a nivel de la boca. Es esa ausencia de enfermedad, ausencia de caries, de maloclusión, de periodontopatías. Eso es salud bucal para mí. (Odontóloga de San Diego).*

*...la gran mayoría de nuestros pacientes que acuden a la consulta, están enfermos. Enfermo, bueno consideramos a enfermos porque tienen como decirte, caries dental, maloclusión, disfunción masticatoria, en el diagnóstico. La gran mayoría está desasistida,*

*porque de acuerdo a la capacidad adquisitiva del individuo, y en eso estamos claro, unos tenían salud y otros no, por eso nuestra prioridad es la curación. (Odontóloga de San Diego).*

Al indagar sobre cuales son las representaciones sociales que construyen los y las profesionales en relación a la salud bucal, llama la atención que la conceptualización que de ella se hace, responde a una **concepción lógico positivista**. La salud bucal asociada a ausencia de caries y viceversa. En otras palabras, una visión simplista y lineal.

Esta manera de conceptualizar la salud bucal, conduce a su desvinculación con respecto a la salud integral, convirtiéndose a la boca en un agregado del cuerpo. La representación construida en torno a la salud bucal, es producto de los enfoques clínicos y epidemiológicos convencionales que han permanecido a través de los años, con marcadas limitaciones teórico- conceptuales

*Buena salud bucal es el bienestar. Bienestar desde el punto de vista de los tejidos bucales que el paciente no tenga ningún problema, no tenga ningún tipo de enfermedad que lo incapacite en algún momento, que pueda hacer sus funciones de manera normal, la masticación, la sonrisa, la fonética. Es un estado de bienestar, de bienestar completo". (Odontóloga de San Joaquín)*

*Pienso que, ha ido mejorando, pero que todavía falta, eso de hacer conciencia, de que las personas no vayan allí nada más a curarse y sanarse, sino que también entiendan lo que significa tener buena salud, entiendan como prevenir, que hagan conciencia de lo importante que es. Falta todavía, porque eso de hacer conciencia no es un trabajo de la noche a la mañana, eso tiene mucho tiempo, además que eso va de generación en generación, entonces es a veces un poco fuerte luchar con eso". (Odontóloga de Tocuyito).*

Las representaciones que saltan a la superficie textual, son el reflejo de la concepción que sobre la cosa en cuestión manejan los organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), los cuales son claros ejemplo de una postura totalmente histórica del proceso salud-enfermedad.

La salud es definida como “*un estado de bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades*” (OMS 1948).

Definición que refuerza, la intervención individual y sobre todo curativa sobre individuos; tales como las atenciones de enfermos y diagnóstico precoz, etc. El saber y la práctica médica aparecen como un conjunto de enfermedades y diagnósticos agrupados según cierta taxonomía. Esta manera de ver la salud, niega los aspectos subjetivos de las personas y la existencia de una gran diversidad cultural en el campo de la salud.

Esta definición no busca impactar los condicionantes socios históricos, razón por la cual se la cataloga como utópica.

Nada más complejo que definir los principios que orientan la salud. Todo va a depender de la posición ideológica desde donde se la precise

Esta forma de ver la salud ha sido ampliamente debatida desde diferentes referentes ideológicos. Históricamente se la ha definido a partir de concepciones biologicistas, antropológicas, filosóficas, epidemiológicas, sociales, socioeconómicas, y socioculturales.

A la salud se le ha definido dentro de la visión de los servicios, del asistencialismo y la curación, ha sido percibida como un servicio público. Desde lo jurídico es vista, como derecho a lo normatizado en los marcos regulatorios, y como un derecho humano y un deber del Estado.

En este contexto, en 1974 se produce el informe Lalonde (OMS, 1974), el cual plantea que en la conceptualización de la salud intervienen toda una serie de factores biológicos, ecológicos, sociales, políticos y económicos, de atención y asistenciales, en la situación de salud individual, familiar o grupal, que se relacionan dentro de una mirada compleja bio-estructural. Estos cambios vienen dándose por las nuevas miradas, que impulsan la difusión de los nuevos horizontes de la vida.

Definición esta última, que se aproxima un poco a la física cuántica, cambios profundos de paradigma, que anuncian la llegada de una nueva ciencia. La teoría cuántica o la teoría de los fenómenos atómicos, dada a conocer por Albert Einstein (1933), obligo a repensar los estáticos conceptos de la OMS y OPS, hacia una visión

holística, ecológica y compleja de la salud, hacia una entramada red de relaciones en franca contraposición con el enfoque fragmentario, mecanicista y reduccionista.

¿Por qué se hace necesario un nuevo concepto de salud?

Las tendencias sobre un nuevo pensamiento en salud, están sustentadas en un concepto de ser humano integral. Buscan promover la equidad, la igualdad y la democracia. La salud ya no solo es ausencia de enfermedad, sino un campo para promover la calidad de vida. En otras palabras, la salud como un componente de la calidad de vida. El concepto de calidad de vida, está estrechamente relacionado con las categorías de libertad y desarrollo.

Por otra parte, el término calidad de vida es mucho más amplio que el concepto de salud, el cual es solo una parte del todo.

Esta manera de conceptualizar la salud, requiere de una dimensión individual y otra social colectiva.

Definir entonces la salud como componente de la calidad de vida, nos permite abrir un amplio espectro de interacciones simples y complejas, las cuales tienen como base y esencia, el trabajo inter y transdisciplinario. Una apuesta por trascender

la visión unidisciplinaria responsable de los recortes y sesgos de la realidad socio-sanitaria.

El enfoque multidimensional e integral de la salud, también es considerado por Granados (2001), señalando que ante la presencia de las limitaciones teórico-metodológicas de la salud, fundamentadas en lo tecnocrático y en el reduccionismo metodológico, requieren de una nueva visión teórico-metodológica integral, en la cual se tenga en cuenta los enfoques que aborden las diferentes dimensiones complementarias y sinergias de los sistemas biológicos y sociales.

Entre estos enfoques, el autor se inclina por el enfoque de la complejidad, por el carácter multidimensional con que se dimensiona la salud y la enfermedad. Una postura transdisciplinaria y sistémica (Morin, 1994), que permite innovar y crear nuevos conocimientos, superando la yuxtaposición de saberes, habilidades y destrezas. Un proceso social donde se produce y reproduce la vida colectiva e individualmente, en sus dimensiones económicas, sociales, culturales, políticas, comportamentales, epidemiológicas y sanitarias, todas entrelazadas entre sí.

Enfoques que tienden a lo multidimensional e integral de la salud.

*La salud bucal, entonces empieza, que es la ausencia de una patología en boca. (Odontólogo de Naguanagua).*

*Para mí la salud bucal es tan importantísimo, porque primero para la parte estética, tus sonríes y si tu no tienes una buena salud bucal, no puedes dar una buena sonrisa, primero por allí; segundo si nosotros no tenemos una buena salud bucal no podemos ingerir bien los alimentos. Yo pienso que es importante tener una buena salud bucal, de verdad. Y eso es lo que estamos logrando, y queremos lograr. (Odontóloga de San Diego).*

Es interesante señalar, la gran dificultad que tienen los profesionales para conceptualizar a la salud bucal.

Se la representa dentro de los parámetros de lo estético y lo patológico, exclusivamente reflejo de la visión unicausal, reproducida por la OMS, OPS y convertida en axioma en la academia.

Llama la atención como en la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo, los estudiantes siguen repitiendo y memorizando los viejos conceptos de la OMS y OPS, sin ningún tipo de análisis y reflexión.

Álvarez (2006), realizó investigaciones sobre las representaciones sociales de la salud y la enfermedad: un estudio comparativo entre operadores de la salud y pacientes hospitalizados en Bucaramanga y Floridablanca, donde se estableció las semejanzas y diferencias en las representaciones sociales de la salud y la enfermedad, entre un grupo de profesionales y un grupo de pacientes hospitalizados. Esta investigación concluye, que la conceptualización que se hace de la salud bucal, está

en función de la enfermedad. Representaciones similares a las expresadas por los profesionales de salud bucal objeto de este estudio. Evidentemente el formato que rige la formación en cualquier lugar de este planeta, esta diseñada para reproducir el modelo biomédico. Una especie de armadura cultural que define lo que sentimos, lo que pensamos y lo que hacemos. Un conocimiento simplificador y disyuntivo por excelencia.

Marcas ideológicas que homogenizan la visión acerca del mundo, una determinada perspectiva sobre las cosas, acontecimientos y comportamientos. La ideología porta en su seno sus liturgias, sus técnicas y sus tácticas. Se concreta tanto en las ideas como en las prácticas, imponiendo significados y posibilidades de acción de manera sutil. Reflejo evidente de las representaciones encontradas.

Capra (1992: 150) sostiene, que *“el modelo biomédico seguirá siendo parte importante de la asistencia sanitaria siempre y cuando se vaya integrando a un enfoque más amplio y holístico”*.

Conceptualizar la salud bucal, obliga incorporar aspectos que tienen que ver con la promoción de la salud. En este sentido, nos encontramos con interesantes representaciones las cuales permiten precisar la orientación conceptual que se tiene de ello. Veamos:

*Yo les doy una breve charla de 5 min., dentro de las mismas clínicas, pero son personalizadas, son dentro, mientras entran al sillón, y al iniciar, al momento que vamos haciendo la historia clínica, sobre lo que es técnica de cepillado, métodos auxiliares de higiene bucal, hilo, enjuague, como usarlos” (Odontóloga de San Diego).*

*Es a través de las charlas en la consulta que yo doy a los pacientes, que yo estoy tratando de dar todo el tiempo, desde que uno llega al consultorio y empieza a tratar al paciente, desde que estoy llenando la historia, al momento en que tú lo escuchas y llena toda su historia y sus antecedentes y todo, y ahí, en esa relación que estoy generando entre educación y su salud. Eso es puro oral, allí mismo dentro del consultorio y hablando con el paciente, a través de un relato. (Odontóloga de San Diego)*

Los textos son clara evidencia de lo que significa para los profesionales promover la salud. El charlismo se convierte en la actividad fundamental de la promoción. Por lo que la **promoción se traduce en una charla.**

Esta equivocada estrategia de promoción “*el charlismo*”, se puede definir como una relación comunicacional que crea su propio modelo de interacción; actividad que promueve la no participación, silencio, acomodación y adaptación. La real concreción de la relación saber-poder-dominación.

Es una acción unidireccional, donde solo hay transferencia de información. Al respecto López manifiesta “*Cuanto más desinformada, una comunidad suele estar más manipulada y alienada, y cuanto mejor comunicada esté, es más autónoma y más sana*” (2008:139).

Llama la atención que en tan corto tiempo se puedan ejecutar una acción de promoción de salud, con algún tipo de impacto. Las relaciones comunicacionales aparecen como categorías fundamentales entre los y las profesionales de la salud bucal y la comunidad.

Kant (1986:27) en su texto *teoría y praxis*, afirma que “*la relación comunicacional es un elemento constitutivo del mismo ser*” Desde el punto de vista antropológico, este autor distingue tres tipos de relaciones: la primera es una relación de inherencia, comprende el mínimo nivel de relación, así como, el grado mínimo de distancia o de apertura hacia el otro, en este caso, el individuo es incomunicable e independiente. La relación de causalidad, representa la típica relación de dependencia y verticalidad, donde uno ordena y el otro cumple de manera pasiva, apareciendo categorías de dominación, de poder y opresión. Por último, la relación con la comunidad, es una relación de interdependencia que expresa simultaneidad, es el estado ideal de la comunicación. Se manifiesta con reciprocidad, entre seres que interactúan a través de una acción dialógica, participativa y libre de intercambio.

Ahora bien, el tipo de relación comunicacional que se evidencia en la mayoría de los entrevistados es asimétrica, unidireccional, con una única voz de mando.

*...tú puedes dar una charla cuando estén en la sala de espera, en el sillón, en el consultorio. (Odontóloga de San Diego).*

*A veces hacemos charlas afuera a los pacientes que están en la espera, de higiene bucal, a veces agarramos temas que uno sabe que son más frecuentes, con afiches, plan escuela, nos ayudamos con eso, porque tampoco tenemos recursos para darles una explicación. Folletitos que nosotros mismos buscamos, un taypodont con un cepillo, les explicamos como es la técnica de cepillado, los ponemos a ellos a que la repitan, tenemos unas semanas que no lo hacemos, pero más que todo, en el sillón, les hablamos a las mamás y a los representantes. (Odontóloga de Tocuyito).*

La comunidad con actitud pasiva y sumisa, escucha sin procesar la información. Información que es poco significativa, “A veces hacemos charlas... tenemos unas semanas que no lo hacemos”. El sitio común de la promoción es el ambiente clínico, específicamente el sillón, “pero más que todo, en el sillón”. Esta fuerte representación, implica una relación de verticalidad, ya que es el odontólogo u odontóloga emisor (a) del mensaje, y el o la paciente el que oye como un ente pasivo, sentado en el sillón e incapacitado para participar en el proceso. Actitud pasiva Y sumisa que evidencia por que el conocimiento y el saber en salud, son dominio exclusivo del médico/ médica.

*...la charla, cuando uno sienta al paciente, siempre se le conversa, se le hace alguna referencia sobre la higiene; Vamos hablando con ellos, mientras estamos trabajando siempre estamos conversando con ellos. En los niños también, siempre pedimos que estén los padres, porque los pequeñitos, es a veces difícil la motricidad, no los ayuda. Por eso nosotros siempre, tanto los padres como los niños les vamos hablando, hacemos que ellos nos vean como su amigo. (Odontólogo de Naguanagua).*

*...una charla es una instrucción, metidas en el colegio, cada vez que se va a iniciar el año escolar, están ahí hablando, con los directores, con los maestros, para ver si de algún modo les puedan facilitar a los representantes una notificación o algo informando que ya está el punto, que lo niños vayan hasta allá. (Odontóloga de San Diego).*

Vista de esta manera, el *charlismo* no cumple con las características de lo que implica una acción comunicativa tipo de relación y de comunicación.

Habermas (1989) sostiene, que la acción comunicativa es una interacción simbólica mediada por normas intersubjetivas, que definen los comportamientos y que tienen que ser comprendidas por otros. Este autor considera a la lengua y a la comunicación, epicentros de la acción comunicativa. Elabora una propuesta crítica, basándose en dos grandes momentos, el primero propone un esquema epistemológico comunicativo. El segundo momento, se basa en la construcción de la lingüística de la sociedad.

El objeto de la acción comunicativa, consiste en desarrollar una propuesta, descubriendo en las realidades del intercambio lingüístico, el sustrato para la comprensión del devenir social. De manera que, el éxito de la salud bucal no depende de la aplicación de costosísimos tratamientos, sino del fomento y estímulo del autocuidado, siguiendo el paradigma *haberiano* de la comunicación.

*... la promoción se hace sin planificar, por ejemplo se presta mucho en los módulos octagonales, donde se agrupan las personas y una persona me pregunta algo de prótesis, 'mira la prótesis, requiere un cuidado, te la tienes que quitar todas las noches'. Y ya ahí yo les estoy dando la educación. (Odontólogo de Naguanagua).*

Más que una promoción a la salud, el *charlismo* representa un medio para aumentar la afluencia de pacientes. A través del *charlismo* se busca legitimar un discurso, considerándose como una estrategia que permite modificar actitudes en el destinatario. De manera que se “*potencia el poder del emisor*” como lo refiere Fadda (1990:90).

EL “*charlismo*”, contradicen los enunciados de la promoción de la salud y por ende los mandatos de Ama Ata “*Salud para todos en al año 2000*” (OMS-UNICEF, 1978).

La representación que salta a la vista, reduce la promoción, a una simple charla, cuyo objetivo es la captación de pacientes, en una clara relación asimétrica. La dialogicidad se convierte entonces, en un aspecto fundamental de la promoción de la salud. Si ésta no se propicia de otra manera, resulta bien difícil modificar los patrones socio-epidemiológicos que están afectando a grandes sectores de la población, en materia de salud bucal.

Pasar del sujeto sujetado al actor social, implica una profunda resignificación de la promoción de la salud. Esto supone la existencia de actores capaces de establecer nuevos sistemas de relación. Un nuevo actor social que no viva pasivamente las relaciones sociales.

El derecho a la palabra, a la opinión, se vuelve entonces engañoso si no se traduce en condición efectiva de ser escuchados.

Sobre las prácticas de promoción, se tiene una gran confusión, al considerarlas única y exclusivamente como estrategias que parten de los profesionales.

De continuarse con un modelo comunicativo vertical, la exclusión y la dependencia continuaran frenando y obstaculizando el desarrollo de una acción comunicativa para el consenso.

Tarrio (2003) realizó una investigación sobre *las representaciones sociales, ciencia e ideología* en el cuidado enfermero de ancianos dependientes institucionalizados. Esta investigación arrojó, que al ser redefinida la promoción, comenzaron a verse cambios en el entorno, especialmente en lo que respecta a la integración del equipo de salud, como consecuencia de una relación dialógica mucho más simétrica..

*En el ambulatorio, nosotros estamos ahí de 8 a 4, tenemos que hacer actividades clínicas, administrativas. En 10 min., si el paciente es consecuente que va siempre al ambulatorio, se hace prevención, promoción de salud. En el momento que le llenamos la historia clínica, que lo sentamos en el sillón, siempre le hacemos promoción de salud para que regrese. (Odontóloga de San Diego).*

*Aquí a pesar que no voy a las casas, si captó a ese paciente en la sala clínica, cuando les doy la charla. (Odontóloga de San Joaquín).*

El tipo de promoción que despliegan los profesionales en la misión Barrio Adentro en las comunidades estudiadas, está enmarcada dentro del modelo funcionalista de Leavel y Clark (Malagón, 2002), cuyo basamento está dado por la presencia de la tríada ecológica. Esta es una visión reduccionista, ahistórica y centrada en la patología exclusivamente.

La representación construida nos conduce a una mirada preventivista. Relacionada ésta con un modelo de atención en salud circunstancial, pasajero, y coyuntural, el cual no responde a una concepción de la promoción.

La promoción de la salud, involucra asumir una política sanitaria basada en la educación para la salud, la participación de la comunidad organizada dentro de un marco institucional que garantice la concreción de estas acciones en función de la calidad de vida. Promoción en pocas palabras, tiene que ver con la puesta en escena de un modelo en salud, que propicie y estimule acciones concientizadoras sobre condiciones de vida y salud; además de orientar sus presupuestos hacia la

democratización de las relaciones saber-poder. Tiene que ver con el estímulo al autocuidado y a la autogestión.

La promoción de la salud, ha tenido en el tiempo un recorrido bien interesante. Los primeros intentos comienzan a verse en el siglo XVII, con las contribuciones que hizo en este campo el padre de la salud ocupacional, Bernardino Ramazzini, sobre la relación entre el medio laboral y ciertas patologías. Posteriormente se suman los aportes Virchow, Newman y Villerme, en el siglo XIX.

No obstante, en 1945 se menciona a Sigerist, como el primer salubrista en utilizar el concepto de promoción de salud, al definir, entre las tareas básicas de la medicina, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el restablecimiento de los enfermos y la rehabilitación. (Granados, 2005).

La influencia de la medicina social de los años 70, permite el reconocimiento de las condicionantes socio-estructurales en el proceso salud-enfermedad. El “*Informe de Lalonde*” (OMS, 1974), fue primer informe oficial que se realizó, representando el punto de partida para vincular a la salud con los procesos sociales.

Este informe crea una visión compleja, que trasciende la mirada contagionista. A partir de ese momento la promoción y educación para la salud, se convirtieron en

estrategias de políticas públicas, para modificar los estilos de vida, basándose en la responsabilidad individual a través de la participación social.

Mencionamos a continuación, toda una serie de esfuerzos que han realizado los Estados Nacionales, en función de promover la salud.

La Carta de Ottawa (Public Health, 1986), documento producto de la I Conferencia Internacional de promoción de la salud., allí se propone proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud, a fin de lograr una acción efectiva, haciendo posible los principios de equidad y justicia social. Esta declaración representó un hito en la salud pública moderna.

Para esta fecha, Green y Anderson (1986), describieron a la promoción de la salud, como un proceso de educación sanitaria con abordajes ambientales, económicos, sociales y organizativos, apoyándose en comportamientos individuales y colectivos, dirigidos a mantener el estado de salud.

Del mismo modo, la OMS (1988) definió a la promoción para la salud como una acción social, educativa y política que incrementa la conciencia hacia la salud, promoviendo estilos de vida saludables y acciones comunitarias; además de brindar oportunidades a los ciudadanos para ejercer sus derechos y responsabilidades para la conformación de ambientes y políticas favorables, a su salud y bienestar integral.

Otro aporte importante fue la II Conferencia Internacional celebrada en Adelaida (Australia, 1988), donde se hizo mucho énfasis en el carácter social de las políticas públicas. Así como, la III conferencia, que se celebró en Sundsvall (Suecia, 1991), donde se identificaron programas y metodologías exitosas en función de la creación de los ambientes saludables (González Sanz, 2002b).

La declaración de Santa Fe, en Bogotá (OMS, 1992), adaptó el concepto de promoción de la salud a las realidades Latinoamericanas y del Caribe, refiriéndose a las inequidades en salud, como desigualdades innecesarias e injustas. Condición que llevó a implementar una nueva formulación de las políticas públicas en salud, orientadas hacia el logro de la equidad y la justicia social (Granados, 2005).

Así nace la nueva salud pública, con el fin de crear una nueva cultura de promoción y protección de salud con un alto componente social.

En virtud de lo expuesto, la cooperación técnica de la OPS (1996) ha venido concentrando esfuerzos en pro de valorizar la promoción de la salud, dentro de unas coordinadas marcadas por planes, programas, políticas, y marcos regulatorios que tiendan a reducir las brechas de inequidad social en salud, en nuestras geografías.

En la IV Conferencia Internacional de promoción de la salud realizada en Jakarta (1997), se precisaron los lineamientos sobre la *“Promoción de la Salud*

*hacia el Siglo XXI*'. Destacándoles la importancia de la participación activa de la población dentro de un nuevo contrato social: Estado-sociedad civil.

Posteriormente la OPS-OMS (1998) en su afán de consolidar la promoción y protección de la salud, ratifica a la promoción como un componente central del desarrollo humano. Bajo esta visión integral, la promoción abarca un ámbito de acción mucho más amplio que el usualmente constituido por los sistemas y servicios de salud.

Hancock (citado por Malagón 2002), asume que la promoción de la salud es la “*buena salud pública*”, reconociendo las relaciones entre la salud, la política y el poder. La mayoría de los aspectos relacionados a la salud están conectados con las condiciones de vida, su nivel de satisfacción de necesidades básicas, la calidad del ambiente en que se desenvuelven y la cultura a la que pertenecen, así como, con sus conocimientos, actitudes y prácticas en materia de salud.

En tanto tal, las actividades de promoción y protección de la salud constituyen una poderosa estrategia para vigorizar el concepto y la práctica de la salud pública, constituyendo una nueva plataforma para enfrentar las brechas de inequidad social.

*Generalmente son así, no nos da tiempo de hacer una charla en la sala de espera, porque siempre hay mucha gente, y el ritmo de trabajo tiene que ser rápido, hacer las actividades administrativa, curar, porque si no, nos agarra corrido el mediodía y después de las 4 de la tarde, y no se puede hacer de esa manera, no se permite. (Odontóloga de San Diego).*

*Yo pienso que si es importante la promoción, lo que pasa es que siempre estamos pendiente es de la estadística, es como difícil, porque si a mí me están exigiendo algo, es como difícil no cumplir al final con las estadísticas planteadas Las estadísticas para ver hasta qué punto estamos rindiendo o no y es una cosa estipulada mundialmente. Eso nos sirve también para cada día, para ver cuantos pacientes, atendimos o cuántos pacientes dimos de alta. (Odontóloga de San Joaquín).*

Estos discursos reflejan, un marcado preventivismo, característico del modelo biomédico privilegiando una acción en salud que hace abstracción del individuo y sus circunstancias. Un preventivismo reducido a lo bioecológico.

*...tenemos que hacer actividades clínicas, administrativas todos los días para poder llevar los informes semanales y mensuales. Porque yo te digo una cosa, no es nada más entregar estadísticas, es saber cuántos diste de alta, como los diste de alta, la calidad de las actividades que tú hagas, porque la gente dice que las estadísticas es un fastidio. Por que la gente tiene el concepto de que ¡lo público, para todo el mundo! Las estadísticas para ver hasta qué punto estamos rindiendo o no y es una cosa estipulada mundialmente. Eso nos sirven también para cada día... cónchale mira, atendimos tantos pacientes, dimos de alta. (Odontóloga de San Diego).*

*Además de ver a los pacientes y dar la charla, tenemos que llenar una estadística diaria, la semanal, estamos quizás muy abocados a lo de administración y atención al paciente. (Odontóloga de Tocuyito)*

Cortina (1997) con respecto a esta temática afirma, que la burocratización y las gestiones administrativas han entorpecido el desempeño de los profesionales.

*Ellos acuden porque saben que tiene un problema, y entonces acuden a la consulta, algunos se acercan de repente a llevar otros familiares, otros conocidos y aprovechamos a conversar con ellos, pero no todos. Así participan y se les hace promoción. (Odontóloga de San Diego).*

La Federación Dental Internacional (FDI) en su declaración *Demanda y Necesidad en Salud Buco dental* (FDI, 1999), solicita a todas las asociaciones, profesionales e instituciones relacionados con el área de la odontología, que se esfuercen a través de las actividades promocionales, a fin de lograr el mejor nivel posible de salud bucal en la población. Esto se logra compartiendo conocimientos y técnicas que promuevan y apoyen programas de prevención y modelos de atención cercanos a las realidades de las comunidades.

En las declaraciones de la FDI, existe un apartado en donde se exige a las autoridades de salud pública a reconocer, que el estado sano del sistema estomatognático es fundamental para el bienestar físico, espiritual y social del individuo, sin embargo, instan a la curación más que a la promoción.

Entre otras cosas se precisa la importancia de *La “Odontología Comunitaria”*, anteriormente denominada salud pública oral.

Esta se define, como el campo que se ocupa del estudio de la salud y de la enfermedad bucal en la población de una comunidad o grupo determinado (Baca, Bravo y Junco, 2002). Su objetivo es identificar los problemas sanitarios en relación con la odontología y las necesidades de la población, descubrir los medios con los que se pueden cubrir dichas necesidades y valorar el grado en el que los servicios sanitarios la satisfacen eficazmente (González Sanz, 2002a).

La odontología comunitaria debe estar integrada al trabajo del equipo de atención primaria en dos facetas, una como parte del equipo incluida en su trabajo, y otra como un subprograma especial, con sus propias características.

Bajo estos preceptos, la odontología es considerada como la alternativa específica para el cambio y resolución de los problemas de salud bucal del individuo, familia y colectivo, cuyo basamento científico está dado esencialmente por los conocimientos de salud pública aplicados a la odontología comunitaria.

La odontología comunitaria como integradora de la medicina comunitaria, permite la participación activa del individuo en los procesos de planificación, ejecución y control de las acciones, participando en el proceso de gestión de salud bucal e integral, comunidad y gobierno como entes complementarios. Supone prestación de actividades preventivas y servicios asistenciales de forma integrada a todas las personas de una comunidad, incluyendo en su análisis los determinantes de la salud y la enfermedad (Cuenca y Casal, 2005).

Es un esfuerzo dirigido a proteger a la colectividad de los factores de riesgos, mejorando la convivencia y la calidad de vida (Navarro, 1998; López, 2003; Malagón-Londoño y Galán, 2002).

Sin lugar a dudas, el discurso tanto oficial, como el desplegado por los organismos internacionales, entran en franca contradicción con las representaciones rastreadas a lo largo de todas las temáticas abordadas. Por ejemplo, se hace referencia a los documentos de la OPS – OMS (1998) donde se deja ver claramente que la salud bucal no se contempla como prioritaria en las agendas públicas en salud; a pesar de lo que están reflejando los perfiles socio epidemiológicos. Veamos:

En Venezuela por ejemplo, los perfiles, reflejan que no ha habido cambios importantes. nos referimos al “Estudio para la Planificación Integral en Odontología” (EPIO) en los años 1967-1972 del Ministerio de Salud y Asistencia Social (1987) y “Proyecto Venezuela, Aspectos Odontológicos”, de FUNDACREDESA (1981-1987), (Mijares, 1995 ) observándose que a los 7 años, 37 % de la población presenta caries; a los 12 años ya tienen un índice de caries moderado de 3,67; y a los 18 años, se ha incrementado la presencia de caries a 96,4 % (Romero, 2005).

El estudio Nacional Basal sobre la prevalencia de caries y fluorosis dental en niños escolarizados de 6 a 15 años (Rivera, Núñez, y Acevedo, 1997), demostró la prevalencia de 70 % en niños de 6 y 7 años, de dientes cariados, respecto a los sanos; y la frecuencia de caries dental en cada ocho niños de diez. La investigación determinó, el aumento progresivo de la caries con la edad.

Similar situación, ocurre en los perfiles epidemiológicos de la enfermedad periodontal, que si bien se mantienen en valores leves (0,29 y 0,99), en la población entre 7 y 25 años, este se encuentra entre 0,29 y 0,49, evidenciándose un aumento paulatino con la edad. Estos datos demuestran, la precariedad de la salud bucal de los venezolanos.

El último estudio de FUNDACREDESA en los aspectos odontológicos realizado en 2000-2001, refiere que en el último año del estudio solo el 5 por ciento de la población ha asistido a la consulta odontológica, y los tratamientos predominantes son: 28 por ciento extracciones, 40 por ciento restauraciones y consultas 70 por ciento. Refiriendo también este estudio, que el 50 por ciento de niños escolarizados asisten a la escuela con la boca sucia. (MSDS, 2001)

En términos generales, se puede afirmar que la salud bucal de la población muestra una gran acumulación de necesidades insatisfechas y ante ello, no se observan cambios a favor de disminuir los índices epidemiológicos, ni la superación del deterioro de la infraestructura a escala nacional de los servicios de atención odontológica.

*No hay aire acondicionado y la contaminación, entre otras cosas, trabajo en un banco y tengo tiempo con el banquito. (Odontólogo de Naguanagua).*

Al respecto Feo (2003), caracteriza esta situación indicando algunos factores que en ello inciden: la presencia del centralismo, ausencia u obsolescencia de criterios técnicos, clientelismo, partidización, corrupción y ausencia de participación y democracia. Este autor define al centralismo, como la concentración de poder en el nivel jerárquico más elevado de la institución, generando un sistema de atención con ausencia de autonomía legal, administrativa e institucional, limitado uso de la planificación estratégica, obsolescencia de procesos gerenciales y administrativos. Este modelo de gestión, como un sistema clientelar, legitima las políticas e intereses del Estado. La partidización conduce a perversas formas de organización del trabajo, prevaleciendo los intereses de un sector, por encima de los intereses colectivos, terminando en la deshumanización y mercantilización de las prácticas.

Otro elemento vinculado a la poca efectividad de los sistemas de atención, es la falta de continuidad en las políticas y planes de salud (Mascareño, 2003a; Feo, 2003), que cambian con cada Plan de la Nación. Condición reflejada en el marco político actual, que después de la creación del PES, nace un nuevo Plan, el Simón Bolívar. A esto se le suma la corrupción en el manejo, compra de insumos y equipos, y en la construcción de infraestructura de los servicios, donde convergen como lo refieren Carquéz y León (1995) intereses sociopolíticos.

La **crisis del sistema de salud**, por supuesto no es nueva. La ONU (1990), expresa que la crisis del sistema de salud es un problema mundial, la estrategia del

crecimiento y del producto nacional bruto, cuya consecuencia debería ser salud, educación, alimentación y el bienestar de todos, fracasó. Lo que explica que en el mundo, cada día se acrecientan las enfermedades, y se dificultan las maneras de enfrentar el flagelo morboso.

Al respecto, Testa (1993) manifiesta, que no es posible impactar el fenómeno de la crisis, sino es abordado como una cuestión de poder. Feo (2003) en Venezuela y Laurell (1991) en México plantean, que este es el momento ideal para diseñar políticas y estrategias de intervención, que permitan transformar el sector salud, a fin de superar la crisis del mismo. Carquéz y León en 1995, hacen referencia del colapso de la infraestructura sanitario-asistencial.

Briceño León (2000), refiere que el sector salud presenta cuatro grandes enemigos, la pobreza, el deterioro ambiental, los estilos de vida y la violencia. Aunado al consumo de tecnología inequitativa, sobretudo en la salud bucal. Ésta genera por un lado, un servicio con escasa afluencia de pacientes, con alto consumo de tecnología donde predomina la estética y altos costos de servicios. Por otro lado, un servicio público con mayor afluencia de pacientes, donde se desarrolla una odontología curativa y mutilante.

Otra condición que evidencia la crisis del sistema de atención, está dada por la escasez de los programas de promoción y de fomento de la salud bucal. De ello dan cuenta los discursos desplegados a lo largo de todo el capítulo.

*“logro curar lo que esté malo, puede en algún momento, el paciente llega a ser un paciente sano aunque con riesgo. Cuando es un paciente aunque tenga todos sus dientes restaurados y no tiene caries, que gingivalmente está bien, sus encías no están inflamadas, su oclusión, está armónica; cuando tiene esa característica, yo sé que es un paciente sano con riesgo” (Odontóloga de San Diego).*

Otros factores que también son reflejo de la crisis del sector, tienen que ver con la dicotomía entre lo que se planifica y lo que realmente se implementa, desorden político administrativo, y un modelo de atención normativo y mutilante que atenta contra la promoción de la salud.

*...no logré impactar en esa persona, me regresa con cálculo a los seis meses, si regresa, y como si nada, como si no sabe que tiene.  
(Odontóloga de San Diego).*

La brecha entre planificación e implementación, es explicada por Naim (1979), al mencionar que está condicionada por la presencia de una serie de factores incontrolables que aparecen durante el desempeño, los cuales no fueron tomados en cuenta en el diseño de las políticas.

Díaz Polanco, (2003) considera que de lo que se trata, es de rediseñar y reubicar responsabilidades en el diseño y ejecución de las políticas públicas, de manera que no estén solo en el aparato estatal.

La reivindicación de lo público sobre lo privado, constituye el principal reto para colocar en primer plano los problemas teóricos-prácticos de la planificación de políticas económicas y sociales, no obstante, “*la primacía del interés público implica una función pública de regulación de lo privado*”, como lo relata Castellano (2004:28) en su documento *Reflexiones sobre políticas públicas de protección social, derechos humanos y participación social en el estado democrático contemporáneo en América Latina*. El autor asume que se debe partir de realidades concretas, como requisito para lograr impactar las brechas de inequidad social en salud.

Lamentablemente, Los esfuerzos oficiales se reducen a disminuir los perfiles epidemiológicos de salud, a través de las estadísticas reflejadas a través de actividades de consulta, curación y extracción, ignorando las verdaderas causas de las enfermedades. Sin prestarse mayor atención a la promoción de la salud. Se enfatiza la atención, atendándose 14 pacientes por jornadas diarias en cada sillón dental instalado en la *Misión Barrio Adentro Odontológico*, como lo refiere Laverde (2007).

*Nuestra única política preventiva es el momentito que podemos tener, los 5 minutos que podemos tener durante llenamos la historia. Ahí hacemos la prevención, educación, esos 5 minuticos, el resto es de tratamiento curativo. Te soy sincera Doctora que nosotros estamos trabajando para un tratamiento, para, para restaurar, para curar, más estamos fallando en el fomentar salud, en educar. (Odontóloga de San Diego).*

La única política puesta en curso está enmarcada en el paradigma de la simplicidad, y corresponde a la curación, *“hacemos la prevención, educación, esos 5 minuticos, el resto es de tratamiento curativo”*.

Los resultados son estadísticos, sin impacto en la calidad de vida de la población. Al respecto Laverde (2007) expresa que han disminuido considerablemente las extracciones dentarias en las consultas, para un total de más de 2 millones 562 mil de exodoncias, priorizando en la restauración completa del diente, lo que alcanzan un total de 10 millones 579 mil 732 obturaciones.

Definitivamente, el modelo de atención sigue estando enfocado en lo curativo y validado por las estadísticas. Son las estadísticas, las que garantizan la efectividad de la salud bucal y el éxito de la misión barrio adentro.

Estrada (2006) en su texto *La salud y la planificación social*, manifiesta que las políticas públicas de salud, generalmente están integradas a la política social, y éstas a su vez, a los objetivos generales de la política económica, contribuyendo a mejorar la

condición de salud de la población. Verdades a medias, que Sosa (2006), refuta al señalar que en la formulación de las políticas públicas, intervienen factores racionalizadores, los cuales están orientados precisamente a fortalecer el modelo biotecnológico en salud.

Finalmente, analizar las políticas de salud bucal del Estado venezolano, obliga detenerse en el proyecto sobre el sistema público nacional de salud

Política dirigida a lograr el acceso universal, equitativo, individual, familiar y colectivo, para la atención integral en salud y garantizar el derecho a la salud, privilegiando lo preventivo sobre lo curativo. No obstante, a pesar de llamarse integral, la promoción a la salud bucal queda excluida como estrategia en el Modelo de Atención Integral (MAI): “*salud oral: incluye profilaxis de la caries dental (aplicación de sellantes y enjuagues fluor en escolares), y la obturación, limpieza y extracción de piezas*” (Ministerio de Salud y Desarrollo Social, [MSDS] 1999b:20) A tal fin, se programaron 400 módulos de servicios con el objeto de cubrir las necesidades médico-odontológicas.

El Estado Venezolano muestra con orgullo 24 millones de consultas odontológicas y un nivel significativo de atención (42 %) (Laverde, 2007). Dentro de este marco político y conceptual del MAI, por ningún lado aparece la promoción.

El espíritu que orienta la nueva Constitución hace hincapié en los principios de corresponsabilidad, solidaridad, protagonismo y participación, implicando una nueva relación Estado-Sociedad. Las comunidades recuperan su papel en la “*formulación, ejecución y control de la gestión pública*”. La misión Barrio Adentro surge como respuesta del Estado venezolano ante necesidades sociales y de salud. Es el punto de partida, para el desarrollo de la Red de Atención Primaria Integral prevista en la Constitución, en el Proyecto de Ley Orgánica y en el Sistema Público Nacional de Salud, con plena participación ciudadana y énfasis en la promoción.

La misión Barrio Adentro, se desarrolló en varias fases. La primera de experimentación (abril-junio, 2003), midió el impacto y el apoyo de las comunidades, la constitución de los comités de salud, la adaptación de médicos/as cubanas y la evaluación de las enfermedades más frecuentes de cada localidad. La segunda (junio-agosto, 2003), fundamentada en la expansión del plan hacia diversos Estados del territorio nacional. La tercera (septiembre-diciembre, 2003), canalizó la extensión masiva del plan, alcanzando todos los Estados (MPPS, 2007).

El 14 de diciembre de 2003, comienza una nueva fase con el nacimiento de la Misión Barrio Adentro. Su objetivo central, consiste en contribuir al desarrollo de la salud en la construcción de un nuevo Sistema Público Nacional de Salud, fortaleciendo la Red de Atención Primaria y garantizando el acceso de los servicios a toda la población, para mejorar su salud y calidad de vida (MPPS, 2007).

En relación a la salud bucal, el modelo la define como “*clínicas y puntos de consulta de estomatología (Odontología) con espacios físicos dotados con unidades dentales completamente equipadas y atendidas por profesionales que brindan atención gratuita en salud bucal*” (MPPS, 2007). Funcionan en una proporción de una por cada cuatro puntos de consulta.

Barrio Adentro Odontológico como misión, se inicia en octubre de 2003, cuando se incorporan los primeros 50 odontólogos venezolanos a la misión. El sistema de atención, si bien surge como una política pública, enfatiza un modelo de atención centrado en la clínica.

*La mayoría de la población excluida ya tiene libre acceso totalmente gratuito, de calidad y oportuno a un servicio de atención clínica puesto al alcance de todos, como son los servicios odontológicos. (Odontóloga de San Diego).*

El discurso refleja la acción curativa de la misión, donde las actividades de promoción y educación de la salud bucal, como un componente de la calidad de vida del individuo, están ausentes.

*...estamos curando y el ritmo de trabajo tiene que ser rápido, hacer las actividades administrativas, curar,... y no se puede hacer de esa manera, no se permite visitar las casas”.. (Odontólogo de Naguanagua).*

Un primer obstáculo epistemológico que presenta este sistema de atención es la total ausencia de participación ciudadana y la inexistencia de procesos técnico-administrativo descentralizados.

*...porque a veces se toman medidas, que cónchale, el que está mandando allá arriba, parece que nunca se ha sentado en este sillón. Bueno porque generalmente a veces, los jefes superiores son médicos y no odontólogos y eso es fatal. Entonces uno les va a explicar... “mira pero que”... y ellos dicen, “no eso hay que hacerlo así, porque en medicina”.... si pero eso es en medicina, no en odontología, porque no nos toman en cuenta. (Odontólogo de Naguanagua).*

Existe una pirámide jerárquica en la misión Barrio Adentro, donde las decisiones solo se toman desde el nivel central, sin tomar en cuenta a los profesionales que están ejerciendo su cargo en la comunidad; y mucho menos a la comunidad.

La orientación filosófica de la misión Barrio Adentro, se fundamenta en la descentralización. En la práctica, la planificación siendo normativa, y las decisiones siguen enmarcadas dentro de un marcado verticalismo, argumento corroborado por Mascareño (2003a). Situación similar se presenta en los sistemas de salud de México, como lo refiere Álvarez, Fernández y Quintín (1999).

*Barrio Adentro surgió por las necesidades, y en la medida que se han surgido las situaciones, uno va adaptándose. Entonces todos esos cambios deben surgir a niveles superiores, pero yo me imagino que eso en un futuro vendrá, nuestra intervención. (Odontóloga de Tocuyito).*

La misión en relación a la salud bucal, está presentando una serie de conflictos, relacionados con problemas contractuales, de infraestructura, así como de dotación de equipos e insumos.

*Son unidades de campaña pero para trabajar cierto tiempo, no para que tú dediques y dueres 5 años o 1 año trabajando en un sillón que es una sillita que no tiene espaldar, de esos que venden de campaña. Entonces, cónchale, ya yo voy a cumplir más de un año y pico en ese banquito, y hay unos que tiene más tiempo. (Odontólogo de Naguanagua).*

Los espacios físicos carecen de las condiciones mínimas adecuadas para el trabajo con material altamente contaminante, considerando que es una profesión que acarrea una serie de daños físicos por el incumplimiento de los estándares de salud ocupacional y de ergonomía.

Otro aspecto a considerar, es la separación entre odontólogos y médicos. Separación que fragmenta los servicios, generando molestias e incomodidades dentro del equipo de salud.

Muy a pesar de todas estas dificultades, sería injusto no reconocer los avances que en materia de salud, ha estado intentando el Estado Venezolano. Sin lugar a dudas, se han abierto interesantes espacios tendentes a concretar el discurso en la acción.

Desafíos que obligan seguir produciendo conocimientos en esta área, a fin de socializar los hallazgos e ir identificando en los espacios académicos, las representaciones ideológicas, responsables de un determinado modo de pensar, actuar y sentir en el espacio salud. Desde el pensamiento social, se entiende que todas las afecciones de salud bucal del individuo repercuten en su sociedad, en el ecosistema y por ende en la salud integral y al conocer las partes que conforman a la salud bucal, se obtiene el conocimiento del estado de bienestar integral y societal. A partir de esta percepción, surge el nuevo concepto de salud bucal, considerándose al individuo como un ser ecobiopsicosocial, donde lo organicista, lo psicológico y lo cultural, están en relación con el medio en el cual el individuo se desenvuelve.

Vista desde esta óptica, se puede lograr una aproximación conceptual de la salud bucal, la cual puede ser entendida como ***un proceso dinámico y multidimensional que incluye aspectos físicos, psicológicos, filosóficos y sociales, recíprocamente dependientes y complementarios que varían de cultura y de contexto.***

Solo se puede obtener éxitos en su armonía si se consideran los conceptos e ideas arraigados en cada cultura; y solo con una visión integral del individuo social, se pueden lograr las bases ideales en el abordaje. El abordaje debe ser complejo y multidimensional, dejando a un lado las ideas cartesianas, este debe ir desde la promoción, hasta la rehabilitación de la misma, como una sensación de equilibrio

dinámico con la vida a nivel individual, familiar y societal, incluyendo a toda la población. Para que la población actúe, debe estar capacitada para el desarrollo de técnicas promocionales y sea capaz de autogestionar a su propia salud bucal.

En fin, entender a la salud bucal desde lo complejo, implica el logro de un círculo hermenéutico donde lo social, lo intersubjetivo, lo integral, lo promocional, lo participativo, lo ético, se interrelacionen entre sí.

Solo asumiendo una actitud compleja, se puede lograr un impacto en la salud bucal y en la calidad de vida de la población. Abriendo los espacios de reflexión que conducen a un verdadero diálogo de saberes, donde el ser, el hacer, el conocer y el convivir, sirvan de plataforma para la puesta en escena de los sueños posibles. Visibilizando las marcas ideológicas, para impactar en los procesos de simbolización y de esta manera, repensar la academia hacia horizontes más coherentes con las demandas que la sociedad está demandando.

## ***CAPÍTULO V***

### ***Demarcando Fronteras. A manera de Conclusión***

En este capítulo se visibiliza en forma sucinta las representaciones sociales rastreadas a través de los discursos de los diferentes actores y actoras sociales que intervinieron en la pesquisa cualitativa, esbozando las conclusiones necesarias y las posibles recomendaciones.

#### ***5.1 Las conclusiones necesarias.***

Se comienza haciendo referencia a la formación académica en el área de la salud bucal, afirmando que en dicha formación emerge el paradigma positivista-funcionalista-cartesiano. Paradigma que se caracteriza por la presencia de un enfoque reduccionista centrado en el modelo biomédico, modelo que se reproduce en el desempeño profesional desde las actividades de promoción y el tipo de participación que fomentan, hasta el modelo de curación que se aplica. Este paradigma vigente y emergente, sella la construcción de las representaciones sociales que los/las profesionales hacen sobre la salud bucal.

El modelo biomédico emerge como categoría central, en el ser y hacer profesional. Modelo que se caracteriza por ser reduccionista, individualista, organicista, biológico, unicausal, fragmentado, disyuntivo y simplista.

El funcionalismo que emerge del modelo biomédico, no considera la imbricada red de factores socio-estructurales que entrelazan al componente bucal de la salud, remarcando la presencia de un excesivo positivismo.

La educación profesional nace desde lo escolástico, lo enciclopédico, lo memorístico y lo unidireccional. Estas características evidenciadas en el sistema de formación, orientan al profesional permitiéndole solo respuestas desde el asistencialismo y la curación, en otras palabras desde el morbicentrismo. Representaciones que sellan ideológicamente el sistema de formación académica, a lo largo de la historia, desde la época medieval hasta la modernidad.

El rol de la academia en el campo de la salud bucal, promueve el pensamiento utilitario basado en la racionalidad instrumental. La racionalidad tecnológica, induce al estudio disciplinar y fragmentado, al mercadeo de la salud, al auge de la tecnología de punta, por ende, al predominio de las especializaciones. Fuerte representación presente a lo largo de los discursos.

Prevalece el desempeño de una práctica reforzada por el modelo tecnocientífico y el auge de las especializaciones. Modelo que abarca el segundo nivel de atención, eminentemente clínico, curativo y morbicentrista. Este modelo que incita a la especialización, remarca los sellos de poder y dominación, tras el conocimiento a profundidad de una parte específica de la boca.

Se evidencia una gran dicotomía entre formación y ejercicio profesional, producto de una formación enfatizada en el manejo de la competencia tecnocientífica, alejada por completo de los procesos de interacción social. Representación que no permite el desarrollo de la socialidad, de la acción comunicativa, del respeto por el otro, por los otros.

Las representaciones sociales que emergen del ser-persona y ser-profesional, son expresiones de un proceso curativo, morbicentrista, simplista, individualista y tecnocrático de la salud bucal. Representaciones que están enraizadas en los/las profesionales, reproduciéndose en la praxis.

La representación de la comunidad es restringida y construida desde el espacio médico, donde prevalece el “*hacer clínico*”. La comunidad es representada como un agregado de individuos pasivos, colaboradores, receptivos y conformistas.

La participación es vista desde el utilitarismo y el asistencialismo. Estas premisas vigentes, solo permiten la construcción de un tipo de participación que se caracteriza por ser colaboradora y simplista. Bajo este constructo, la comunidad solo es entendida como un ente pasivo, que no aporta, no participa, ni interviene. El asistencialismo y el utilitarismo están asociados a un modelo de participación, que solo abarca el nivel de asistencia. Representaciones que contradicen el discurso filosófico y teórico del modelo de atención de la misión.

Bajo este esquema, la participación está representada por la asistencia a los centros odontológicos, observándose un total desconocimiento de lo que significa participar. La relación entre participación y asistencia, está dada por la curiosidad o por la necesidad. Llama la atención que en el diseño curricular de odontología, existen áreas de conocimiento vinculadas con el desarrollo comunitario, no obstante, estas asignaturas no se internalizan en el hacer profesional.

La representación de la salud bucal es reduccionista, individualista, descontextualizada y fragmentada del todo biológico y de los componentes socio-estructurales. Representación fuertemente sedimentada, que guarda relación con los sellos arquetipales y con el modelo funcionalista-positivista hegemónico.

El abordaje de la salud bucal, es representado desde el morbicentrismo y el cientificismo, sin lograrse una visión integral de la salud bucal.

La promoción es representada desde el preventivismo, como algo inmediatista, individual y complemento de las actividades clínicas. Las representaciones de la promoción emergen desde la eficiencia, traducida en datos estadísticos y en números de personas atendidas.

La única actividad de promoción, es desarrollada a través de la charla, fomentando una relación comunicacional de verticalidad y unidireccional. Este tipo de estrategia promocional remarca la situación de poder y dominación del profesional, así como, la actitud sumisa de la comunidad. La relación saber-poder-sumisión es una fuerte representación que marca la exclusión y consolida el poder del saber médico en salud, sobre el resto de los saberes.

El charlismo surge, como una representación asociada a la promoción, la cual no logra impactar en los indicadores socio-epidemiológicos de la salud bucal, ni influir en la calidad de vida de la población. La falta del impacto de la charla está dada por ser un discurso neutro, descontextualizado, con el olvido del otro.

La salud bucal, está representada como un apéndice de la medicina, enfatiza las especializaciones, la desintegración y la desvalorizando de la atención primaria, siendo reflejo del modelo que la sustenta.

## ***5.2 Si de recomendar se trata....***

La educación odontológica, como un área de las ciencias de la salud debe asumir nuevos retos y desafíos. La currícula vigente debe ser objeto de reflexión, por parte de la comunidad de la Facultad de Odontología. La formación integral debe incluir docentes, y estudiantes en las experiencias intelectuales, éticas, políticas y estéticas y filosóficas, a fin de sentirse implicados en la comprensión y transformación de sus ámbitos de acción. Esta transformación debe ir desde el primer año de la carrera, hasta los últimos años de la misma.

A través de este nuevo modelo de formación, se busca estimular el desarrollo de un sistema de educación con pertinencia social, dirigido a impactar en la problemática y en las necesidades sociales de salud bucal de la población. Lo que se trata, es de una revolución epistemológica que permita ir fracturando el sistema de representaciones simbólicas en el que está montado el saber y el conocimiento odontológico.

Se requiere de un nuevo modelo de formación donde la totalidad e integralidad estén inmersas dentro de un paradigma interpretativo y complejo, que tenga como objetivo formar profesionales críticos y reflexivos ante la situación de vida y condiciones de salud. El enfoque complejo de la enseñanza está en relación con los contenidos y estilos de educación universitaria, con los sustentos

epistemológicos y su significación socio-cultural, política, ética y estética. Este es un enfoque que abre nuevas semblanzas de inquietudes en la manera de educar para el nuevo milenio.

La reforma debe apuntalar hacia el humanismo, incorporando en el pensum de la carrera de odontología en Venezuela, más áreas de conocimiento relacionadas con el desarrollo del ser y del convivir. Liderizando aperturas hacia la interdisciplinaridad y transdisciplinaridad, de manera que se complemente las ciencias naturales con las sociales.

La poca presencia de las ciencias humanas, en la estructura curricular de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo, es una gran debilidad, ya que se sigue consolidando el modelo biomédico hegemónico. Para ello es necesario un proceso que direcciona todos los esfuerzos hacia la integralidad y el diálogo de saberes.

Se debe profundizar aún más el sentido que debe tener el servicio comunitario, enriqueciendo la formación con las actividades de campo, no como un requisito más, sino como una estrategia de socialización, de humanización e interrelación. Orientada al logro de una relación simétrica entre comunidad y profesional. Aunque esta iniciativa esta en practica desde hace dos años, aún no se ha evidenciado ningún cambio donde se vislumbren rupturas epistemológicas.

Se recomienda la reformulación de los programas de formación en salud bucal, los cuales están enmarcados dentro de rígidas coordenadas mediadas por el logro de competencias clínicas exclusivamente.

La transdisciplinariedad, debe ser un norte en la facultad de odontología. Incluyéndose ejes transversales tales como: género, etnia, clase social, territorio social, lo socio-cultural, a fin de generar los compromisos y las vinculaciones necesarias para consolidar la democracia participativa en salud.

Se debe fracturar la concepción de poder-dominación, incorporando la participación de la población, como un eje fundamental. Cambios en la forma de pensar, hacer y en las estructuras administrativas, donde se involucre una nueva relación profesional-paciente, de igual a igual. El desempeño profesional en el área de la salud bucal, debe gestar un sistema participativo, incorporando a la población en los procesos de planificación, ejecución, control y evaluación de la salud bucal, desde lo local.

Resaltar la promoción de la salud y la participación comunitaria, implica un mayor impacto en los individuos y en la sociedad, superando los obstáculos de una praxis que está dirigida exclusivamente a desempeño del “*ars mechanics*”. Actividades que permiten resaltar la noción de integralidad del ser como individuo

que siente, piensa, padece, así como, que se afecta por las condiciones ambientales, sociales, económicas y culturales.

Se requiere promocionar el conocimiento contextualizador y totalizador sobre la salud bucal, superando la fragmentación de los saberes y la incapacidad de articularlos. La promoción se debe entender como un proceso de interacción social comunicativa, cuyo objetivo esencial es la transmisión de conocimientos y valores relevantes en una determinada sociedad. Para que esta transmisión sea efectiva se debe incluir en el proceso a los profesionales y a la propia comunidad. En este sentido, no solo es relevante el conocimiento producido, sino el conocimiento construido, como un proceso de interacción.

La responsabilidad académica no puede ir aislada, debe ir acompañada de las medidas políticas y económicas del Estado, a través de una eficiente *asistencia sanitaria social*. Es bien claro, que el país cuenta con una asistencia sanitaria social, que si bien no terminado de impactar a mayor profundidad en la población, ya es un adelanto.

Se intenta recuperar el valor social de la salud, así como también, exaltar el conocimiento de participación y responsabilidad comunitaria en los aspectos relacionados con su salud, a nuevos conocimientos donde se involucre a la ciudadanía en una verdadera participación con autocuidado y autoresponsabilidad. Dentro de esta

nueva perspectiva, se intenta aumentar la probabilidad de aproximarnos a las metas del milenio. En este nuevo paradigma sobresale la importancia concedida a la salud colectiva, y por ende, a la atención primaria en salud como estrategia fundamental para la promoción, conservación, recuperación de la salud bucal y mejora en la calidad de vida.

La idea de superar cada uno de estos obstáculos planteados, atendiendo a la recomendaciones, permite aproximarnos a generar profesionales del campo de la salud bucal que sean capaces de agenciar una acción en salud bucal preservando, diagnosticando, y promoviendo una concepción integral de la salud.

### ***5.3 Desde mis vivencias.***

El modelo positivista funcionalista, el cual he hecho referencia a lo largo del desarrollo de la tesis, está inmerso en el mundo vivido de los profesionales de la salud bucal, en el sistema del modelo de atención de la misión Barrio Adentro, y en las representaciones que se construyen en torno a la salud bucal. Este modelo también está presente en mi *ser-saber-hacer* como profesional y como persona.

El modelo referido, ha marcado y guiado mi *ser* a lo largo de mi vida, ha orientado mi *desarrollo personal* y ha sellado ideológicamente las directrices de mi *hacer* profesional.

Modelo que se ha venido gestando desde el pre-escolar, luego en la educación básica, profundizando en la educación superior, sellándose en la formación especializada. Lo más triste aún, es que prevaleció durante el desarrollo de la escolaridad del doctorado, sedimentando aún más la impronta cartesiana lógico-positivista, que me ha acompañado a lo largo de mi desarrollo como profesional y como persona.

Ese transitar de mi *Yo interior*, me fue obligando a lo largo de este proceso, visibilizar y comprender una realidad social totalmente ajena. Ceguera ideológica que fue transformándose con cada una de las extensas reflexiones sobre las lecturas sugeridas por la tutora, y que me permitieron sentir el *autismo* en que me encontraba. *Autismo* que no solo emergió de mi *yo profesional*, sino también de mi *yo personal*, marcando profundamente mi recorrido por la vida con una mirada simplista, reduccionista y disyuntiva

En mí se produjo una gran batalla, ante el desafío de una nueva postura epistemológica. Este enfrentamiento representó momentos de reflexión y de autoconocimiento.

Sin lugar a duda, construir esta tesis significó un ardua tarea, interminables horas de trabajo, grandes momentos de silencio y reflexión, constantes etapas de

ensayo y error; todo un proceso de autoconstrucción. Evidentemente la impronta positivo-cartesiana sellada en mi aparato cognitivo, aún goza de buena salud.

No obstante, a través de esta profunda e intensa transfusión, surgió una nueva mirada, la cual ha significado desafíos en mi ser, en mi hacer, en mi conocer y en mi convivir. Emergiendo un pensamiento humanista e integrador, capaz de estimular y promover en mí, una postura que desde la complejidad, que hoy puedo entender e interpretar, genere los impactos que la cotidianidad espera de mí.

Abordar la salud bucal desde lo cualitativo, contribuyó significativamente a repensarme en mi hacer profesional, aproximaciones sucesivas hacia nuevos horizontes académicos y personales, complementariedad de los saberes disciplinarios.

Esta reflexión se traduce en la nueva direccionalidad de mi mirada, una mirada compleja, integral, subjetiva y real.

### **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y ELECTRÓNICAS**

- Abric, J.C. (1994). **Las representaciones sociales. Aspectos teóricos.** En *pratiques sociales et représentation*. p.p. 11-35. Paris.
- Adorno, T. (2001). **Epistemología y ciencias sociales.** Madrid. Cátedra.
- Aguado, M. y Priotti, V (2005). **Representaciones Sociales del cuerpo de las mujeres del Barrio San Roque y Villa La Tela. T”.** Chile. Documento en línea: <http://biblioteca.univesia..net/ficha.do?id>. [Consulta 2008, Enero, 14].
- Aguayo, C. (2007). **Las profesiones modernas: dilemas del conocimiento y del poder. Un análisis para y desde el trabajo social.** Argentina: Editorial Espacio.
- Aguilar, M. (1998). **Confrontación, crítica y hermenéutica.** Facultad de filosofías y letras UNAM. Primera edición. México: Distribuciones Fontamara.
- Alarcón, L, Gómez, I. y Rodríguez, L (2007). **Representaciones sociales, participación ciudadana y gobernanza local en Venezuela: un estudio de caso en el Estado Sucre.** Documento en línea: [http://www.serbi.luz.edu.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid](http://www.serbi.luz.edu.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid). [Consulta 2008, Enero, 14].
- Almeida Filho, N. (1997). **Transdisciplinaridadde e súde colectiva.** Revista ABRASCO. Ciencia y saude colectiva II (1/2). Rio de Janeiro, pp.5-20.
- Almeida Filho, N. y Silva, J. (1999). **La crisis de la Salud Pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica.** Centro de estudios Sanitarios y Sociales. N° 75. España: Cuadernos Médicos.
- Althusser, L. (1978). **Ideología y aparatos ideológicos del Estado.** Medellín, Ediciones, PEPE.
- Álvarez L. (2006). **Representaciones sociales de la salud y la enfermedad: un estudio comparativo entre operadores de la salud y pacientes hospitalizados en bucaramanga y floridablanca.** Publication: MedUNAB. Colombia. Documento en línea: [http://www.accessmylibrary.com/coms2/summary\\_0286-32145976\\_ITM](http://www.accessmylibrary.com/coms2/summary_0286-32145976_ITM). [Consulta 2008, Enero, 14].

- Álvarez, A., Fernández, J. y Quintín, A. (1999.). **¿Un neofederalismo?**. Elster y Slagstad (coord.). En: *Constitucionalismo y Democracia*. México: FCE-CNCPAP.
- Anusavice, K (1988). Criteria for placement and replacement of dental restorations. En international consensus report. *Int. Dental Journal* (38). USA, pp 193-194.
- Aranda Pastor J. (2001). **Epidemiología General. Tomo I**. Universidad de los Andes. Mérida, Venezuela. Consejo de Publicaciones.
- Araya, S. (2002). **Las representaciones Sociales. Ejes teóricos para su discusión. ASDI**. Primera Edición. Costa Rica: Cuadernos de ciencias Sociales.
- Arendt, H. (1993). **La condición humana**. Barcelona: Editorial Paidós.
- Arendt, H. (1996). **Democracia/s ciudadanía y Estado en América Latina en el siglo XXI. Análisis de género de los cambios recorridos desde la década del 80 y futuros posibles**. Unidad 1. Seminario PRIGEPP-FLACSO, Buenos Aires.
- Astelarra, J. (2002) **Democracia, Ciudadanía y Sistema político de Género**. Unidad 1. Seminario PRIGEPP- FLACSO. Buenos Aires.
- Austin, J. (1998.). **Como hacer cosas con palabras: palabras y acciones**. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Babini, J. (2000 ). **Historia de la Medicina**. 2da. Edición, Barcelona: Editorial Gedissa.
- Baca, P.; Bravo, M. y Junco P. (2002). **Odontología Preventiva y Odontología Comunitaria**. En Rioboo, R. (Coord.). *Odontología Preventiva y Odontología Comunitaria*. (Capítulo 1. Tomo I). S.L. Primera Edición Madrid: Ediciones Avances Médico-Dentales, pp. 19-36.
- Balandier, G. (1993.). **El desorden, la teoría del caos y las ciencias sociales**. Barcelona: Editorial Gedissa.
- Balestrini, M. (1999.). **El Discurso Médico en el Capitalismo..** Primera Edición. Caracas: B.L. Consultores y asociados, Servicios Editorial.
- Banchs, M. (2001). **Alternativas de apropiación teóricas: abordaje procesual y estructural de las representaciones sociales**. En: Casado y Calonge (comp.). *Conocimiento Social y sentido Común*. UCV. Venezuela: Fondo Editorial Humanidades y Educación, pp.129-156.

- \_\_\_\_\_ (1999). **Entre la Ciencia y el Sentido Común : relevancia de la Teoría de las Representaciones Sociales para una Psicología de los Procesos Salud Enfermedad.** V congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Medicina, Margarita Venezuela.
- \_\_\_\_\_ (1996). **Construccionismo Social y Representaciones Sociales.** Algunos puntos de encuentro y desencuentro. Revista AVESPO XIX (2), pp.1-10.
- Banco Mundial. (2003) informa sobre el Desarrollo Humano, 2004. servicios para los pobres. Colombia: Alfaomega Colombiana S. A.
- Barreto M. (1988). **Educación y Desarrollo en América Latina.** En: *Organización y Promoción de la comunidad.* Colombia: Editorial el Buho, LTDA, pp. 87-103.
- Barriga, S. (1988). **Salud y comunidad.** Sevilla: **Diputación provincial de Sevilla.** Área de sanidad y servicios sociales. España, pp.69.
- Barrios, L. y Claros, S. (2002). **Representaciones sociales en torno a la participación comunitaria de los niños y niñas del sector altos de Cazucá; Una mirada a su cotidianidad.** Colombia. Documento en línea: [http://www.accessmylibrary.com/coms2/summary\\_0286-32145976\\_ITM](http://www.accessmylibrary.com/coms2/summary_0286-32145976_ITM). [Consulta 2008, Enero, 14].
- Berteaux, D. (1993). **La perspectiva biográfica. Validez metodológica y potencialidades.** En : Mariñas y otros (comp.). *La historia oral, métodos y experiencias.* Madrid: Debate.
- Bourdeau, P. (1997). **Razones Prácticas sobre la Teoría de la Acción.** Primera edición. España: Anagrama.
- Breilh, J. (2003). **Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad.** Primera edición. Buenos Aires: Lugar editorial.
- Briceño-León, R. (2000). **Tendencias das pesquisas en Ciências Sociais e Saúde en América Latina”.** En: Canesqui A. M. (comp.). *Ciências Sociais e Saude.* Sao Paulo, Río de Janeiro: Hucitec- Fiocruz, pp 15-24.
- Calonge, S. (2000). **La representación de lo pedagógico en el discurso mediático.** En: Casado y Calonge (comp.). *Representaciones Sociales y Educación.* UCV. Cuadernos de postgrado N° 25Venezuela. pp. 13-32.

- Capra, F. (1992). **El punto crucial**. Ciencia, sociedad y cultura naciente. Primera reimpresión, Buenos Aires: Editorial Troquel.
- Cardoso, F. (1978). **Hacia otro desarrollo. En: hacia otro desarrollo: enfoque y estrategias**. Nerfin (coord.). México: Ed. Siglo XXI, pp. 29-48.
- Carquéz F. y León J. (1995.). **La crisis sanitario asistencial Venezolana**. Universidad de Carabobo, Valencia.
- Carrera, Damas, G. (1986). **Venezuela, ¿crisis financiera, crisis de Estado? Estado y Reforma**. Vol. 1, N° 1, Caracas, Octubre.
- Castell, M. (1981.). **Community Participation Planning, and the state in metropolitan areas of developing countries**. Papel de trabajo, N° 368. Berkeley, dic.
- \_\_\_\_\_ (1979). **Ciudad, Democracia y Socialismo**. México: Ed. Siglo XXI.
- \_\_\_\_\_ (1975). **La nueva estructura de la dependencia y los espacios políticos de cambio social en américalatina**. En: Pizzorno (coord.). *Participación y cambio social en la problemática contemporánea*. Buenos Aires: Ed. SIAP, pp. 141-173.
- Castellano, M. (2003). **Proposiciones para la transformación de la educación superior en Venezuela**. En: Lanz R, (comp.). *La Universidad se reforma*. Universidad Central de Venezuela, Caracas. Venezuela
- Castellano, P. (2004). **Reflexiones sobre políticas públicas de protección social, derechos humanos y participación social en el estado democrático contemporáneo en América Latina**. Borrador de trabajo preliminar. Junio, Guatemala.
- Cohen, G., D'Alessandro, F. y Neiling, J. (2008) **Análisis de las Representaciones Sociales: alumnos de Salud Publica / Salud Mental II.2005-2007**. Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Documento en línea: <http://www.topia.com.ar/articulos/0711-cohen.htm>. [Consulta 2008, Enero, 14].
- Conde F. y Gabriel, C. (2002). **La Evolución de las Representaciones sociales sobre la salud de las mujeres madrileñas, 1993-2000**. Revista Española de Salud Pública, Septiembre-Octubre. N° 76 (5). Ministerio de Sanidad y Consumo, pp.493-507.

- Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (CRBV).(2000). Gaceta Oficial República Bolivariana de Venezuela. Marzo, 26
- Contreras, M. (2003). **Descentralización y democracia: vicisitudes d ela política territorial en Venezuela.** En: Mascareño (coord.). *Políticas públicas del siglo XXI: caso venezolano.* Universidad Central de Venezuela. Caracas: CENDES. pp.134-158.
- Cook, T. y Reichardt (1986). **Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa.** Madrid: Morata.
- COPRE. (1986). **Justificación de la Reforma del estado en Venezuela.** Revista, estado y Reforma. N° 1, Caracas, Octubre.
- Córdido, E. (1997). **La Asociación Nacional de Trabajadores ciegos de Venezuela.** Tesis de Maestría. Universidad Central de Venezuela, Caracas.
- CORDIPLAN. (1958; 1981-1985; 1994.). **Planes de la Nación** (I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII). Caracas, Venezuela.
- Córdova, V. (1995). **Hacia una sociología de lo vivido.** Caracas: editorial Tropykos.
- Cortina, A. (1997.). **Ciudadanos del Mundo. Hacia una teoría de la ciudadanía.** Cuadernos del Mundo. Madrid: Alianza Editorial.
- Cuenca, E y Casals, E. (2005). **Odontología comunitaria. Evolución histórica, principios y aplicaciones.** En: Cuenca y Baca (Cord). *Odontología Preventiva y comunitaria. Principios, métodos y aplicaciones.* Cap 13., Tercera Edición. Barcelona: Masson, pp. 247-262
- Chartier, R. (2005). **El mundo como representación. Estudios sobre la historia cultural.** Sexta reimpresión. Barcelona: Editorial Gedissa.
- Chávez, H. (2006). **Proyecto Nacional Simón Bolívar. 2007-2013.** Caracas. Documento en Línea: <http://ciudadanolibre.blogspot.com/2006/07/venezuela-los-planes-de-la-nacin-y-la.html> [Consulta 2008, Junio, 30]
- Chiavenato I. (1989). **Introducción a la Teoría General de la Administración.** Bogotá. Colombia: Editorial Mc. Graw. Hill.

- Chilton, P. y Schaffner, C. (2005). **Discurso y política**. En: el discurso como interacción social. Van Dijk (coord.). Cap.8. Segunda reimpresión. Barcelona: Editorial Gedisa, pp.297-329.
- Chomsky, N. (2001). **El beneficio es lo que cuenta. Neoliberalismo y Orden Global**. Barcelona: Edit Crítica.
- Dahl, R. (1971). **La poliarquía**. Madrid, España: Editorial Tecnos.
- Davidson, W y Cotter, P. (1989). **Sense of community and political participation**. Journal Community Psychology, 17(4). USA, pp.1179-1125.
- Delors, J. (2002). **La educación encierra un tesoro**. Informe de la UNESCO de la comisión internacional sobre la educación para el siglo XXI. Revista cubana de educación médica superior 16(1). Cuba, pp. 47-72.
- Denzin, N. y Lincoln Y. (1994). **Introdiction: entering the field of qualitative research**. En Denzin y Lincoln (Edit). *Handbook of qualitative research*. Thousand Okas, California, Sage.
- Derrida, J. (1999). **La deconstrucción en las fronteras de la filosofía**. Barcelona: Paidós.
- Descartes, R. (1974). **Discurso del método**. Buenos Aires: Losada.
- Dessiato. M. (1995). **Lineamientos de Filosofía**. Universidad Católica Andrés Bello.. Caracas: Editorial texto
- Díaz Polanco J. (2003). **La Política de Salud en la Quinta República: ¿Una Política de Estado?"** En: Mascareño C. (coord.). *Políticas Públicas siglo XXI: caso venezolano*. Serie temas de docencia. CENDES, UCV, Caracas, Venezuela: Editorial Melvin, C.A. pp.120-131.
- \_\_\_\_\_ (1986). **Practica Médica y organización de los Servicios de Salud**. En: *El Derecho a la Salud. Cuadernos de Medicina Social*, Número extraordinario 2. Ediciones FUNDAEDUCO, Barquisimeto:79-90.
- Didier, M. (1987). **Satisfacción comunitaria en dos campamentos de la comuna de Florida**. Revista Chilena de psicología. Xi (1). Santiago, pp. 34-35.
- Dietrich, H.(2001). **Democracia participativa y protagonismo social**. Colección: textos políticos N°1, Cuarta Edición. Caracas: Alcaldía del Municipio Libertador.

- Dilthey, W (1948). **Introducción a las ciencias del espíritu**. Madrid: Espasa Calpe.
- Documento de Jakarta. (1997). **IV Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud**. Jakarta del 21 al 25 de Julio.
- Donabedian, A. (2002). **Una experiencia directa con la calidad de atención**. En: *Informando y reformando*. Abril-junio. N° 8. Colombia.
- Durkheim, E. (1998). **Las reglas del método sociológico y otros escritos sobre filosofía de las ciencias sociales**. Madrid: Alianza Editorial.
- \_\_\_\_\_ (1995). **La División del Trabajo Social**. Madrid : AKAL.
- \_\_\_\_\_ (1898) **Representation individuelle et representation collective**. Paris : Revue de Metaphisique et de moral.
- Duveen, G. y Lloid, B (2003). Las Representaciones Sociales como una perspectiva de la psicología social. En: Castorina (comp). *Representaciones Sociales. Problemas teóricos y conocimientos infantiles*. Barcelona: Gedissa, pp 29-30.
- Eagleton, T. (1997). **Ideología: una introducción**. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Echeverría, A. (2005). **Representaciones sociales de las drogas de jóvenes urbanos populares en proceso de rehabilitación en comunidad terapéutica**. Chile. Documento en línea: <http://biblioteca.univesia.net/ficha.do?id>. [Consulta 2008, Junio, 30]
- Egozcue, M y cols. (1988) odontopediatría y Psicología. Buenos Aires: Ed. Kagieman
- Einsten, A (1933). **Where is science going?**. Londres: De Max.
- El Troudi, H.; Harnecker, M.; Bonilla-Molina, L. (2005). **Herramientas para la participación**. Primera edición. Guayana: Edición corporación Venezolana de Guayana.
- Ederton, R. (1988). Changing scene in restorative dentistry. *Dental Journal*, pp. 164-264.
- Escobar, G. Sosa, C, Sánchez, A. Burgos, L. y Lopera. G. (2006). **Representaciones sociales del proceso salud-enfermedad bucal en madres**

- gestantes. Medellín y 2006. Observatorio nacional de la salud bucal y la práctica odontológica.** Documento en línea: <http://odontologia.udea.edu.co/>. [Consulta 2008, Enero, 14].
- Estrada, V. (2006.). **Salud y Planificación Social. ¿Políticas en contra de la enfermedad o políticas para la salud?** Argentina: Editorial Espacio,
- Evans, P. (1982). **Antropología Social.** Buenos Aires: Edición Nueva Visión.
- Fabbri, P. (2004). **El giro semiótico.** Primera reimpresión. Barcelona: Editorial Gedissa.
- Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo. (2008). **Perfil del Egresado**  
**Documento en línea:** <http://plat.dta.uc.edu.ve/odontologia/> [consulta: 2008, junio, 10,].  
 \_\_\_\_\_ . (2008). **Plan de Estudios**  
 Documento en línea: <http://plat.dta.uc.edu.ve/odontologia/> [consulta: 2008junio, 10,].
- Fadda, G. (1990.). **La Participación como encuentro: discurso político y praxis urbana.** Universidad central de Venezuela, Caracas: Fondo Editorial de acta Venezolana,
- Fairclough, N. (1992). **Text and discourse: linguisticand intertextual analysis within discourse analysisi.** N° 3. Londres: Discourse and society. .
- Fairclough, N. y Wodak, L. (2005). **Análisis crítico del discurso.** En: Van Dijk (coord). *El discurso como interacción social.* Cap. 10. Segunda reimpresión. Barcelona: Editorial Gedissa 367-404.
- Farr, R. (2003). **De las Representaciones colectivas a las Representaciones Sociale: ida y vuelta.** En: Castorina (Comp.). *Representaciones sociales. Problemas Teóricos y conocimientos infantiles.* Primera Edición. Barcelona España: Editorial Gedissa
- Fay, B. (1987). **Critical social science.** Londres: Polity Press.
- Federación Dental Internacional. (1999). **Demanda y necesidad y necesidad de atención de salud buco dental.** Boletín oficial del Conejo general de colegios oficiales de odontólogos y estomatólogos. Suplemento 4(2). Madrid.
- Feo, O. (2003). **Repensando la salud. Propuestas para salir de la crisis. Análisis de la experiencia Venezolana.** Maracay: Universidad de Carabobo.

- Fergusson, A. (2004). **Pensar la reforma de la universidad hoy**. En: Lanz (coord.). *La universidad se reforma II*. Colección debate sobre la reforma. Caracas: Miguel Angel García e hijo S.R.L., pp. 173-184.
- Fernández P. (1994). **Psicología Social Intersubjetividad y Psicología Colectiva**. En: Montero M. (comp.). *Construcción y crítica de la Psicología Social*. Primera Edición. España: Anthropos Editorial del Hombre.
- Ferrorati, G. (1997). **La historia y lo cotidiano**. Barcelona: Editorial Península.
- Fisher, G. (1992.). **La dynamique du social. Violence, pouvoir, changement**. París: Editorial Dunot.
- Flexner, A. (1910.). **Medical education in the United States and Canada**. The Carnegie Foundation for the advancement or teaching. New York,
- Foucault, M. (2002). **Vigilar y Castigar: nacimiento de la prisión**. México: Editorial Siglo XXI.
- \_\_\_\_\_ (1992). **Microfísica del poder**. Madrid: Editorial, La piqueta,
- \_\_\_\_\_ (1989). **Social security**. En: *Politics, philosophy, culture*. Londres: Routledge,
- \_\_\_\_\_ (1978a.). **El Nacimiento de la Clínica**. 5ta Edición. México: Siglo XXI Editores C.A.
- \_\_\_\_\_ (1978b.). **Las palabras y las cosas**.. México: Siglo XXI Editores C.A.
- Fowler, R., Hodge, R., Kress, G. y Trew, T. (1979). **Language and control**.. Londres: Routledge and Kegan and kegan
- Friedson, E. (1978.). **La profesión médica: un estudio de sociología del conocimiento aplicado** Barcelona, España.: Ediciones Península.
- Fromn, E (1989). **La condición humana actual**. Madrid: Editorial Paidós.
- Fuchs, V. (1974 ). **Who shall live?**. New York: Basic Book.
- FUNDACOMÚN. (1978). **Inventario de Barrios pobres de Área Metropolitana de Caracas y Departamento Vargas**. FUNDACOMÚN, Caracas.

- Gadamer, H. (1998). **El giro Hermenéutico**. Madrid: Cátedra, S.A
- \_\_\_\_\_. (1996). **El Estado Oculto de la salud**. Barcelona: Gedissa:
- \_\_\_\_\_. (1992.). **Verdad y método II**. Salamanca: Ediciones Síguema,
- \_\_\_\_\_. (1977). **El lenguaje como medio de experiencia hermenéutica**. En: Mardones.
- García Ballester, L. (2001.). **La búsqueda de la salud, sanadores y enfermos en la España Medieval**. 1ra Edición, Barcelona España: Ediciones Península, S.A
- García, E. (1996) **Derechos Políticos y Ciudadanía de las Mujeres**. Caracas: GENDHU.
- García, I.; Giuliani, F. y Wiesenfeld, E. (2002). **El lugar de la teoría en psicología social comunitaria: comunidad y sentido de comunidad**. En: Montero (coord.). *Psicología Social Comunitaria*. Universidad de Guadalajara, pp.75-101
- Geirenger, A. (1989). **La Práctica Odontológica en Venezuela**. 1º Edición. Venezuela: Alfa Impresores.
- Giddens, A. (1979). **Central problems in social theory: action structure and contadicction in social analysis**. University of California press. Berkeley, C.A.
- Glynn,T. (1986). **Neighborhood and sense of community**. Journal Community Psychology, 14(4). USA, pp.:341-352.
- Goerke, H. (1986). 3000 años de la historia de la medicina. Desde Hipócrates a la Medicina Bioquímica, Barcelona: Gustavo Gili S.A.
- Gonzáles Sanz A. (2002a). **Métodos en Odontología Comunitaria: APS**. En Rioboo, R. (Coord.). *Odontología Preventiva y Odontología Comunitaria*. (Capitulo 44. Tomo II). . Primera Edición. Madrid: Ediciones Avances Médico-Dentales S.L , pp.1205-1236.
- \_\_\_\_\_. (2002b). **La Promoción de la Salud. Su implicación en Odontología**. En Rioboo, R. (Coord.). *Odontología Preventiva y Odontología Comunitaria*. (Capitulo 48. Tomo II). Primera Edición. Madrid: Ediciones Avances Médico-Dentales S.L., pp. 1299-1319.

- González, L. (1988). **La participación en la Promoción de la Comunidad.** En: Organización y Promoción de la comunidad. LTDA, Colombia: Editorial el Buho, pp. 9-16.
- González, M. (2005). **El Discurso Médico, Representaciones Sociales.** Universidad de Carabobo. Venezuela: Consejo de Desarrollo Científico y humanístico.
- \_\_\_\_\_ (2001). **Reforma del Sistema de Salud en Venezuela. 1987-1999.** balance y perspectiva. Santiago de Chile: CEPAL
- Gonzalez-Marregot, M. (2006). **Venezuela: los Planes de la Nación y la Participación Ciudadana, Antecedentes.** Julio 15,. Documento en Línea: <http://ciudadanolibre.blogspot.com/2006/07/venezuela-los-planes-de-la-nacin-y-la.html> [Consulta, 2008, junio, 06].
- Gotees, J y Lecompte, M (1988). **Etnografía y diseño cualitativo de la investigación** Educativa. Madrid: Morata.
- Gracia, D. (1987). **El Poder Médico.** En: *Varios Ciencia y Poder.* Universidad comillas. pp. 141-174.
- Granados, R. (2001). **Las Reformas Neoliberales de los Sistemas de Salud, implicaciones para Latinoamérica y el Caribe.** Tesis Doctorado en ciencias -en edición- Instituto Superior de Ciencias Médicas. La Habana. Cuba.
- Granados, R. (2005). **La promoción de la salud en el siglo XXI.** En: Agudelo (coord.). *La salud pública hoy. Enfoques y dilemas contemporáneos en salud pública.* Cap IV. Primera reimpresión. colombia: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Odontología, pp-153-174.
- Granda, E. (2001). **La salud Pública. Vida, Identidad y Ética.** Ponencia presentada en el VI Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Salud. Lima. Perú.
- Green W. y Anderson L. (1986.). **Community Health.** St. Luis USA: Mosby, College Publishing.
- Guba E., Lincoln Y. (1981). **Effective evaluation: improving the usefulness of evaluation results through responsive and naturalistic approaches.** San Francisco: Jossey-Bass.
- Habermas, J. (1989). **Teoría de la acción comunicativa.** Vol, 2. Madrid, España, Editorial Taurus.

- \_\_\_\_\_ (1984). **Ciencia y técnica como ideología.** España: Tecnos.
- \_\_\_\_\_ (1982). **Conocimiento e Interés.** Cuadernos, filosofía y ensayos. . Madrid, España, Editorial Taurus.
- Hall, C., Sarandi, K. y Slembrouck, S. (1997). **Moral construction in social work discourse.** En Britt, Linell y Bengt (comp.). *The construcción of Professional discourse.* Londres: Longman, pp. 265-291.
- Hegel, G. (1966). **Fenomenología del espíritu.** México: Fondo de Cultura económico.
- Hernández, E. (1996). **Participación, ámbitos, retos y perspectiva.,** Caracas, Venezuela: Ediciones CESAP
- Herzlich, C. (1973). **Santé et Meladie.** Paris: PUF.
- Herzlich, C. y Pierret, J. (1988). De ayer a hoy, construcción social del enfermo. *Cuadernos Médicos Sociales.* Pp. 21-30.
- Horkheimer, M. (1974). **Teoría Crítica.** Buenos Aires: Amorrortu.
- Hume, D. (1984). **Tratado de la naturaleza humana.** Traducción de Félix Duque. Madrid: Ediciones Orbi.
- Ibáñez, T. (1998) **Representaciones Sociales. Teoría y Método.** En: Tomás (coord.) *Ideología de la vida cotidiana.* Barcelona. Pp13-90.
- Ignarra, M. (2002). **Representações de estudantes sobre a profissão.** Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, São Paulo: Tese de Doutorado
- Jaspers, K. (1988.). **La práctica médica en la era tecnológica.** Barcelona: ( ). Editorial Gedissa
- Jodelet, D. (1997). **Seminario de Representaciones Sociales.** Julio. México: Centro de Estudios de la Universidad de Guadalajara.
- \_\_\_\_\_ (1986). **La representación social: fenómenos, conceptos y teorías.** En: Moscovici, S. *Psicología Social. II. Pensamiento y vida social.* Barcelona. Editorial Paidós. pp. 469-495

- \_\_\_\_\_ (1991). **Representaciones Sociales: un área de expansión.** En: D Páez y otros (comp.). Sida, imagen y prevención. Madrid: Fundamentos.
- Jung, C. (1997) el hombre y sus Simbolos sagrados. Barcelona: edit. S.A.
- Kant, E. (1989). **Metafísica de las Costumbres, Segunda parte.** Principios de la doctrina de la virtud. Traducción de Cortina, A., Madrid: Tecnos Editores.
- \_\_\_\_\_ (1986). **Teoría y Praxis.** Madrid: Editorial Tecno.
- \_\_\_\_\_ (1979). **Crítica de la Razón Pura.** Traducción de Manuel García Morente. México: Edit. Porrúa..
- Kieffer, Ch. (1984). **Citizen empowerment: a developmental perspective.** In: Prevention in Human Service. Vol. 3. USA.
- Laclau, E. (1985). **New Social Movement and the Plurality of the Social.** En: New Social Movement and the Satate in Latinoamerica. Dordrecht: Ed. CEDLA
- Lafarga, J. (2001.). **Construyendo el ser.** IX simposiun de educación: ser, conocer, hacer, convivir, para construir el sueño educativo. Guadalajara.
- Lain Entrago, P (972). La medicina hipocrática. Madrid.
- \_\_\_\_\_ (1961). **La historia clínica y teoría del relato patográfico.** Barcelona: Editorial Salvat.
- Lanz, R. (2006a). **Debate Abierto sobre misión ciencia.** Lanz (Coord.). Tomo I en red. Caracas: Ministerio de ciencia y Tecnología.
- \_\_\_\_\_ (2006b) **El discurso político de la posmodernidad.** Universidad Central de Venezuela. Caracas: Ediciones FACES/UCV
- \_\_\_\_\_ (1988.). **Razón y Dominación..** Universidad Central de Venezuela. Caracas: Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico.
- Lasala Meseguer, A. (2006). **[Curarse en Salud. Las medicinas como sistemas de transacciones](http://biblioteca.univesia.net/ficha.do?id)** España. Documento en línea: <http://biblioteca.univesia.net/ficha.do?id>. [consulta: 2008, junio, 10].
- Laurell, A. (1991). **La política social en la crisis: una alternativa para el sector salud.** Mexico: Editorial Fundación Friederich Ebert.

- Laverde, L (2007). **Barrio Adentro también es salud bucal**. Portal del Ministerio de participación popular. Documento en línea:  
<http://www.mpps.gob.ve/ms/modules.php?name=News&file=article&sid=1201>  
 [consulta: 2008, junio, 10].
- Lefebvre, H. (1983). **La presencia y la ausencia. Contribución a las teorías de las representaciones sociales**. Primera Edición. México: Fondo Cultural Económica.
- Ley Orgánica de salud (2002) proyecto Nacional de la República Bolivariana de Venezuela Documento en línea:  
[www.msds.gov.ve/msds/web/leyes/LeyOrgaSalud.doc](http://www.msds.gov.ve/msds/web/leyes/LeyOrgaSalud.doc). [consulta: 2003, mayo, 26].
- López, M.. (2003). **Salud Pública**. México: Editorial Mac Graw Hill,
- López, D. (2008). **Conocimiento de Sentido Común y procesos de interpretación. Una mirada a partir de las reflexiones de Alfred Schütz y Harold Garfinkel**. Intersticios: Revista Sociológica de Pensamiento Crítico. Vol. 2 (2) España: IIGG-UBA / CONICET.
- Malacalza S. (2003). **Desde el imaginario social del siglo XXI. Repensar el trabajo social**. Primera Edición. Buenos Aires: Editorial Espacio.
- Maladesky A., López M & López Z (2005). **Calidad de vida y vulnerabilidad psicosomática**. En: D' Avila (Coord.). *Calidad de vida. La relación bio-psico-social del sujeto*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Malagón M. y Galán Morera. (2002). **La Salud Pública. Situación actual, p ropuestas y recomendaciones**. Bogotá Colombia: Edit. Panamericana.
- Marcuse, H. (1971). **Razón y revolución**. Madrid: Edit Alianza.
- Mardones, J. (1991). *Fiolosofía de las ciencias humanas y sociales*. Barcelona: Arttrhupos.
- Marshall, C. y Rossman G. (1999). **Designing qualitative research**. Thousand Okas, California: Sage.
- Marshall, T. (1991). **Democracia/s, ciudadanía y Estado en América Latina en el siglo XXI, Análisis de género de los cambios recorridos desde la década de los 80 y futuros posibles**. Unidad 1. Buenos Aires: Seminario PRIGEPP-FLACSO,

- Martin, A.; Chacón, F. y Martínez, M. (1988). **Psicología comunitaria**. Madrid: Editorial Visor.
- Martín Baró. I. (1999). **Acción e ideología. Psicología Social desde Centroamérica**. El Salvador: Universidad Centroamericana Editores.
- \_\_\_\_\_ (1995). **Procesos psíquicos y poder**. En: D'Adamo, García Beaudoux y Montero (Coords.) *Psicología de la acción política*. Buenos Aires: Edit. Paidós, pp. 205-233.
- Martínez, M. (2004a) **Ciencia y Arte en la Metodología Cualitativa**. Primera Edición. México: Edit. Trillas.
- \_\_\_\_\_ (2004b) **La Investigación Cualitativa Etnográfica en Educación**. Manual Teórico-Práctico. Quinta Reimpresión. México: Edit. Trillas,
- \_\_\_\_\_ (2000). **El paradigma emergente. Hacia una nueva teoría de la racionalidad científica**. Primera Edición. México: Editorial Trillas.
- Marx, C. y Engels, F. (1976). **La Guerra Civil en Francia**. En: Obras escogidas. Marx y engels. Vol II.. Moscú: Ed. Progreso.
- Mascareño, C. (2003a). **Evolución de las políticas públicas: desde el surgimiento del estado social hasta su crisis**. En: Mascareño (coord.). *Políticas públicas del siglo XXI. Caso Venezolano*. Universidad Central de Venezuela. Caracas: CENDES, pp. 1-24.
- Mascareño, C. (2003b). **Las políticas públicas ante la realidad emergente. Notas para discusión**. En: Mascareño (coord.). *Políticas públicas del siglo XXI: caso venezolano*. Universidad Central de Venezuela. Caracas: CENDES, pp. 157-194.
- Mason, J. (1996). **Qualitative research**. Londres: Sage.
- Massari, R. (1977). **Teoría de la Autogestión**. Madrid: Ed. Zero.
- McMillan, D. y Chavis,D. (1978). **Sense an community, a definition and theory**. Journal Community Psicology, USA.
- Mendizábal, N. (2006). **Los componentes del diseño flexible en la investigación cualitativa**. En Vasilachis, (coord.). *Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona: Edit Gedissa, pp. 65-105.

- Menendez, E. (1978). **El Modelo Médico y la Salud de los trabajadores.** En Basaglia, F u otros (comp.). *La salud para los trabajadores. Aportes para una política de la salud.* México: Editorial Nueva Imagen.
- Mijares Gil, A. (1995). **Condiciones de Vida de la Población Venezolana. Aspectos Odontológicos.** Caracas, Venezuela: FUNDACREDESA.
- Minayo, E., Ramos, E., Constantino, P. y Santos, N. (2005). **Métodos, técnicas y relaciones en triangulación.** En: Minayo, Goncalves y Ramos (coords.). *Evaluación por triangulación de métodos.* Buenos Aires: Lugar editorial, pp.S.A. 71-104.
- Ministerio de Ciencia y Tecnología (2002).. FONACIT. Código de Bioética y Seguridad. Documento en línea: [e/codigodebioteicaFONACIT.htm](http://e/codigodebioteicaFONACIT.htm) [consulta: 2006, abril, , 10].
- Ministerio de Educación Superior. (2001). **Políticas estudiantiles del MES.** Reglamento Orgánico del Ministerio de Educación Superior. Caracas.
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social. (2002). **Estrategia de Promoción de la Calidad de Vida.** Construcción de Políticas Públicas por la Calidad de Vida desde una perspectiva de derecho y equidad. Documento de Trabajo Caracas, Agosto, Venezuela.
- \_\_\_\_\_ (2001). **Indicadores de Situación de Vida, Movilidad Social** años 1995-2001. Estudio Nacional. Tomo II. Caracas: FUNDACREDESA
- \_\_\_\_\_ (1999). **Plan estratégico social 2001-2007.** Documento Base. Caracas.
- \_\_\_\_\_ (1999b). Modelo de Atención Integral. Conceptualización, normas y procedimientos. Caracs, Septiembre.
- Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Departamento de Odontología. (1987) **Estudio para la Planificación Integral de la Odontología (EPIO).** Venezuela: Encuadernación Jáuregui.
- Ministerio del Poder Popular para la Salud. [MPPS] (2007). **Misión Barrio Adentro.** Portal del Ministerio del Poder Popular para la Salud. Mayo,. Documento en Línea: <http://www.msds.gov.ve/ms/modules.php?name=News&file=print&sid=1610>. [Consulta 2006, Abril. 10].

- Molina L. (2006). **La formación profesional: avances y problemáticas que complejizan la construcción de un perfil profesional en la sociedad actual.** En: *La formación y la intervención profesional.* Hacia la construcción de proyectos ético-políticos en trabajo social. Encuentro latinoamericano de trabajo social. La Plata. Argentina: Editorial Espacio.
- Montero M. (2003). **Teoría y práctica de la psicología comunitaria. La tensión entre la comunidad y la sociedad.** Primera Edición. México: Editorial Paidós, Mexicana S.A
- \_\_\_\_\_ (1994) **Una Mirada dentro de la caja negra: la construcción psicológica de la Ideología.** En: Montero (Comp). *Construcción y Crítica de la Psicología Social.* Primera Edición. Barcelona: Anthropos.
- \_\_\_\_\_ (1998). **La comunidad como objetivo y sujeto de la acción social.** En: González, (comp.) *Psicología comunitaria: fundamentos y aplicación.* Madrid, España: Editorial síntesis.
- \_\_\_\_\_ (1996). **La participación: alcance, significados y límites.** En: *Participación, ámbitos, retos y perspectiva.,* Caracas, Venezuela. Ediciones CESAP
- \_\_\_\_\_ (1984). **La psicología social comunitaria: orígenes, principios y fundamentos teóricos.** Revista Latinoamericana de psicología. XVI(3), PP. 387-400.
- Morin E. (1999). **Los Siete Saberes necesarios para la Educación del Futuro.** Traducción Vallejo M. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, Ciencia y Cultura. París, Francia.
- \_\_\_\_\_ (1997). **El método.** Primera Madrid, España: Edición. Cátedra.
- \_\_\_\_\_ (1994.). **Introducción al Pensamiento Complejo.** México. Editorial Gedissa,
- Moscovici. S. (1996). **Comunications et représentations sociales paradoxales.** Abric (cord). Exclusion sociale insertion et prévention. Saint\_Agnes : Eres, pp. 20-22
- \_\_\_\_\_ (1985). **El campo de la Psicología Social.** En: *Psicología Social.* Tomo 1 y 2. Barcelona: Edit. Paidós.
- \_\_\_\_\_ (1979.). **Introducción a la Psicología Social.** Bercelesona : Edit. Planeta

\_\_\_\_\_ (1961). **El Psicoanálisis su imagen y su público** Buenos Aires: Editorial Heumul.

Moscovici. S. y Markova, I. (2003). **La presentación de las Representaciones Sociales, Dialogo con S. Moscovici:** En: Castorina (Comp.). *Representaciones sociales. Problemas Teóricos y conocimientos infantiles*. Primera Edición. Barcelona España: Editorial Gedissa, pp.111-152

Mouffe, Ch. (1993). **Feminismo, Ciudadanía y Política Democrática Radical.** Debate Feminista. Año 4, vol1. México.

Muno, B. y Flores, F (2004). **La búsqueda de un mundo diferente. La Representación Social que determina la toma de decisiones en adolescentes mexicanos usuarios de drogas ilegales** *Rev de salud Mental* 27(4). México, pp26-34.

Naciones Unidas (2002). **Aplicación de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas.** Informe del secretario general ONU: diciembre.

\_\_\_\_\_ (1974). **Declaración de Coyocac.** Estocolmo: octubre

Naim, M. (1979). **Un marco conceptual para la implementación de las políticas públicas.** Universidad Central de Venezuela. Politieia, N° 8. Caracas, pp.7-31.

Navarro V. (1998). **Salud Pública.** Capítulo 3: Concepto Actual de la Salud Pública. España.: Mc. Graw Hill Interamericana, pp. 50-51.

\_\_\_\_\_ (1997). **Neoliberalismo y Estado de Bienestar.** Barcelona: Edit Ariel.

Neame R. (1984). **The preclinical course of study: help or hindrance?** *J Med Educ* Vol, 59. (9), pp. 699-707.

Newbrough, J. (1991). **Hacia una teoría de la comunidad para la psicología comunitaria.** *Revista interamericana de psicología.* Vol 25, pp. 1-22.

Nieves, B., Jácome, S. y Candeles, L. (2003). **Representaciones sociales del proceso salud enfermedad oral, en poblaciones urbanas marginales y su relación con los discursos y prácticas institucionales.** IX encuentro de investigación de facultades de Odontología. Colombia: ACDFO.

OFEDO-UDUAL. (2006). **Carta de Sao Paulo sobre Salud Bucal en las Américas, 2006.** Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas, Cuba. Documento en línea: <http://www.sld.cu/uvs/saludbucal/temas.php?idv=9355>. [consulta 04 de Abril de 2008]

Oliveros, J. (2004) **Reconstrucción del Pensamiento Odontopediátrico venezolano.** Tesis Doctoral para optar al título de Doctor en Ciencias de la Educación. Universidad de Carabobo. Valencia.

Organización de las Naciones Unidas (ONU). (1990). **Proyecto regional para la superación de la pobreza.** Desarrollo en pobreza. PNUD.

Organización Mundial de la Salud. [OMS] (1997). **Declaration on Health Promotion into the 21th. Century.** Rev. Panam. Salud Pública: 3(1): 58-60. USA

\_\_\_\_\_ (1992). **Declaración de Santa Fe.** Bogotá.

\_\_\_\_\_ (1988). **Promoción de la Salud. Glosario.** Ginebra.

\_\_\_\_\_ (1981). **Estrategia Mundial de Salud para Todos en el Año 2000.** Serie "Salud Para Todos". N° 3.

\_\_\_\_\_ (1974). **Informe de Lalonde.** Una nueva perspectiva de la salud de los canadienses. Mark Lalonde. Canadá: Ministerio de Salud.

OMS/OPS. (1984). **Documento ORH-88. La salud Oral como Componente de la Atención Primaria.** Informe de reunión de grupo de trabajo, San José de Costa Rica. Washington.

OMS/UNICEF. (1978). Declaración de Alma-Ata, Conferencia Internacional sobre Atención primaria de salud, Alma-Ata, URSS 6 – 12 de septiembre de 1978. Ginebra: OMS/UNICEF.

Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2000). **Fortaleciendo la Salud Pública en las Américas.** Documento en discusión. Programa de Desarrollo de Recursos Humanos. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, Marzo.

\_\_\_\_\_ (1996). **Informe final del seminario Replanteamiento de la cooperación técnica internacional en salud;** Oficina de Análisis y Planificación Estratégica.

- OPS-OMS (2001). **Indicadores de Salud: Elementos Básicos para el Análisis de la Situación de Salud.** [Boletín Epidemiológico, Vol. 22 No. 4, Diciembre](#), 2001.
- \_\_\_\_\_ (1998). **Protegiendo la Salud de las Américas.** Washington, (Publicación científica No. 569). D.C: Febrero.
- Osorio, J. (2001). **Fundamentos del análisis social. La realidad social su conocimiento.** Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco. Primera edición. México.
- Overmann, V., Allert, T., Konau, E. y Krambeck, J. (1979). **Die methodology einer: objektiven hermeneutik.** En: Soeffner (Coord). *Interpretative Verfahre in den social.* Frankfurt: Metzler, pp. 434-352.
- Quinto Plan de la Nación. (1976). **Gaceta oficial, 1860.** Extensión 11, marzo.
- Pacheco, E. (2001). **Globalización y Medicina.** En: Pacheco y Canelones (Cord). *Pensamientos Alternativos en salud II.* Cuadernos Postgrado, UCV. Caracas: Tropykos.
- \_\_\_\_\_ (1996). **Desde la interpretación médica de la Salud-Enfermedad hacia una Teoría de la salud como problema Humano-Social.** En: Orellana y Pacheco (Cord). *Pensamientos Alternativos en salud.* Cuadernos Postgrado, UCV. Caracas: Tropykos.
- Páez, D. y González, J. (1993) **A Southerner's response to an insular critique: Where to find the social and know to understand use of clusters.** En: *Textes sur les Representations Sociales.* Vol 2(1).Paris. pp.11-25.
- Palacios, N. (1988). **Organización y Trabajo Comunitario.** En: Organización y Promoción de la comunidad. Colombia: Editorial el Buho, LTDA, pp. 209-222
- Parsons, T. (1979). **Profesiones liberales.** En *Enciclopedia Internacional de las Ciencias Sociales,* Aguilar, Madrid,:538, citado en Pacheco Méndez, B. 1997:151.
- \_\_\_\_\_ (1966). **El sistema social.** Biblioteca de política y sociología. . España: Ediciones de revista de Occidente
- Payares, C. (1996). **Es la Práctica Odontológica un Trabajo Social descontextualizado.** Revista Facultad de Odontología, Universidad de Antioquia., Medellín, Colombia. Vol. 8, (1). Segundo semestre.

- Pedemonte, Z., Klemonsks, G., Malleville, P., De Gatica, L. y Probe C. (2004), **La práctica social odontológica en una comunidad suburbana del área metropolitana del Gran Buenos Aires: perspectivas de los actores.** Cátedra de Odontología Preventiva y Comunitaria de la Facultad de Odontología de la UBA – Argentina. Documento en línea:  
[http://rapes.unsl.edu.ar/Congresos\\_realizados/Congresos/IV%20Encuentro%20-%20Oct-2004/eje8/091.htm](http://rapes.unsl.edu.ar/Congresos_realizados/Congresos/IV%20Encuentro%20-%20Oct-2004/eje8/091.htm). [Consulta 2008, Julio, 06].
- Pérez, L., Gunset, V. y Alderete, M. (2004). **Las expectativas y representaciones de los ingresantes a la carrera de odontología, demostró que el ingreso está dado por la valoración social y humana asignada al profesional. Facultad de Odontología.** Universidad Nacional de Tucumán - Tucumán, Argentina. Documento en línea:  
[http://rapes.unsl.edu.ar/Congresos\\_realizados/Congresos/IV%20Encuentro%20-%20Oct-2004/eje8/054.htm](http://rapes.unsl.edu.ar/Congresos_realizados/Congresos/IV%20Encuentro%20-%20Oct-2004/eje8/054.htm). [Consulta 2008, Julio. 06].
- Pérez Serrano, G. (1994). **Investigación cualitativa. Retos e interrogantes.** Madrid: Muralla.
- Pierret, J (1993). Constructing Discouse about helth and their social determinants. En: radley. World of illness. London: Roudlege.
- Pineda, M. (1996.). **El discurso político de la educación básica en Venezuela.** Primera edición. Valencia: Ediciones Universidad de Carabobo
- Pomerantz, A y Fehr B. (2005). **Análisis de la conversación: enfoque del estudio de la acción como prácticas de producción de sentido.** En: Van Dijk (coord.). *El discurso como interacción social.* Cap.3. Segunda reimpresión. Barcelona: Editorial Gedisa, pp. 101-139.
- Public Health Association. (1986). **Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud.** Canadá.
- Puerta, J. (2004). **Algunas tesis sobre la Universidad. Ensayo de manifiesto.** En: Lanz (cord). *La universidad se reforma II.* Colección debate sobre la reforma. Caracas,: Miguel Angel García e hijo s.r.l, pp. 99-108
- Racelys, M. (1993). **Movilizando a la población para el Desarrollo social. Enfoques y técnicas para laparticipación popular.** En: Klisberg (coord.). *Pobreza un tema impostergable. Nuevas propuestas a nivel mundial.* CLAD. Fondo de cultura Económica. PNUD,

- Rappaport, J. (1984). **Studies in empowerment: introduction to the issue.** In: *Prevention in Human Service*. Vol. 3. USA.
- Rawls, J. (1997). **Teoría de la Justicia.** Primera Reimpresión. México, D.F: Fondo de Cultura Económica.
- Raymand, A. (1970). Las etapas del pensamiento sociológico II. Duekheim Pareto Y Weber. Nuenos Aires: Siglo XX.
- Ricoeur, P. (2004.). **La memoria, la historia, el olvido.** Primera edición en español. Argentina: Fondo de cultura económica de Argentina S.A.
- \_\_\_\_\_ (2003). **Teoría de la interpretación. Discurso y excedente de sentido.** Quinta edición. Nueva York: Siglo XXI editores.
- Rifkin S. (1996). **Paradigms lost: Toward a new understanding of community participation in health programmes.** Acta Tropica; 61(2).USA, pp. 79-92
- Rifkin, S. (1992). **Community participation in Child Health/Family Planning Programs, Ginebra, 1990.** En: Stone, L. (coord). *Cultural Influences in Community Participation in Health,*" en Social Science and Medicine, Vol. 35, No. 4, Gran Bretaña
- Ring, R. (1995). **Historia de la odontología.** Segunda reimpression. Barcelona: Mosby/Doyma.
- Rioboo R. (2002). **Estudios Epidemiológicos de las enfermedades Bucales.** En Rioboo, R. (Comp.). *Odontología Preventiva y Odontología Comunitaria.* (Capitulo 35 Tomo II). Primera Edición Madrid: .Ediciones Avances Médico-Dentales S.L.
- Rivera, L; Nuñez y Acevedo. (1997). **Estudio Basal de referencia sobre la prevalencia de caries en niños escolarizados.** O.M.S., O.P.S., M.S.A.S., I.N.N., L.U.Z., U.C.V., y Fundación Kellogs, Venezuela, Mayo-Junio-octubre.
- Rodríguez, A. y Vega, E. (1998). **Promoviendo un Cambio de Actitud hacia el Desarrollo Sostenible.** Proyecto de Apoyo al Sistema Nacional para el Desarrollo Sostenible. Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica. Banco Interamericano de Desarrollo. Diciembre, Costa Rica.
- Rodríguez, F. (2007). **El paradigma de la complejidad: crítica a la razón simplificadora.** En: Debate abierto sobre Misión Ciencia. Tomo 2: Saberes.

Caracas: Ediciones, Ministerio de participación popular para Ciencia y Tecnología, pp.187-194..

\_\_\_\_\_ (2001). **Representaciones sociales del paciente en el espacio psiquiátrico..** Montreal: Trabajo presentado en la V Conferencia Internacional sobre Representaciones Sociales

\_\_\_\_\_ (1996.). **Subjetividad, razón médica y posmodernidad. (Crítica a la razón en términos a la razón médica),** Trabajo como requisito para optar a la categoría d profesor titular, Universidad de Oriente, Ciudad Bolívar.

\_\_\_\_\_ (1994). **Representaciones sociales y espacio médico.** En Avespo. Rev. Asociación Venezolana de Psicología Social Vol. XVI (4). Caracas. pp.31-36

Rodríguez, J. (1989). **La perspectiva sociológica. Historia, teoría y método.** España:Taurus Humanidades.

Rojas Malpica, C. (1996.) **Rupturas Epistemológicas en la concepción salud/enfermedad y su Incidencia en la enseñanza de la Medicina en la Universidad de Carabobo.** En: Pacheco y Orellana (Cord). *Pensamientos Alternativos en salud.* UCV. Caracas: Cuadernos Postgrado, Tropykos,

Romero, Y. (2007). **Representaciones sociales del profesional de la salud bucal.** Revista Odous Científica.Vol. 8(2). Julio-Diciembre. Valencia, pp.21-32.

\_\_\_\_\_ (2005). **La salud bucal en el marco de las políticas públicas en Venezuela.** Revista Odous Científica.Vol. 6 (2). Julio-Diciembre. Valencia, pp.8-69.

Rorty, R. (1995.). **La filosofía y el espejo de la naturaleza.** Madrid: Cátedra.

Ruíz, J. y Ispizua, M. (1989). **La decodificación de la vida cotidiana. Métodos de Investigación Cualitativa..** Bilbao: Universidad de Deusto.

Rusque, A (1999). **De la diversidad a la unidad en la investigación cualitativa.** Caracas: universidad Central de Venezuela, FACES.

Sabater, F. (2002). **Ética para Amador.** Séptima reimpresión. Colombia: Editorial Ariel S.A.

- \_\_\_\_\_ (1991). **La humanidad en cuestión**. En: La herencia ética de la ilustración. Barcelona: Editorial Crítica.
- Sabuceo, J. (1988). **Participación política**. En: Rodríguez (Cord.). *Psicología Política*. Madrid: Editorial Pirámide, pp. 165-194
- Samaja, J. (2004.). **Epistemología de la salud. Reproducción social, subjetividad y transdisciplinariedad**. Buenos Aires: Lugar Editorial S.A
- San Martín H. (1984.). **Salud Comunitaria, Teoría y Practica**. Madrid, España: Edit. Díaz de Santos S.A.
- Sánchez, E. (2000.). **Todos con la Esperanza. La continuidad de la participación comunitaria**. Universidad Central de Venezuela
- Sartori, G. (1994). **¿Qué es la democracia?. Ensayo**. Colombia: Altamir ediciones.
- Saturno Canelón, J. (1996). **Barberos y Sucesores. Medio Milenio de Odontología Iberoamericana**. Pimera Edición. Caracas, Venezuela : Monte Ávila Editores.
- \_\_\_\_\_ (1981) **Odontología y Sociedad**. Caracas: Asociación Venezolana de Facultades de Odontología.
- Saussure, E. (1975). **Cours de linguistique générale**. Paris : Payot.
- Schütz, A. (1972).**La Construcción significativa del Mundo Social**. Buenos Aires: Paidós.,
- Shültz, A. y Luckmannn, T. (1977).**Las estructuras del mundo de vida**. Buenos Aires: Edit. Amorrortu.
- Scotto, C. (2003). **Participación ciudadana como política pública. Una experiencia en la gestión local**. En: Mascareño (coord.). *Políticas públicas del siglo XXI: caso venezolano*. Universidad Central de Venezuela. Caracas: CENDES, pp. 69-85
- Seldin, D. (1977). **The medical model: biomedical science as the basis of medicine**. New York: Rockefeller University Press.
- Serrano-García y López-Sánchez. (1994). **Una perspectiva diferente del poder y el cambio social para la psicología social comunitaria**. En: *Psicología social*

- comunitaria. Teoría, método y experiencia.* Editorial de la Universidad de Guadalajara, pp.167-210.
- Serrano-García. (1984:). **The illusion of empowerment: community development withig a colonial context.** In: *Prevention in Human Service.* Vol. 3. USA, pp.173:200.
- Sierra Bravo, R (1983). **Ciencias Sociales, Epistemología, Logica y Metodología,** Paraninfo.
- [Siragusa](#), M [Schapira](#), M y [Sáenz](#), I(2002). **Representaciones en salud y formación de recursos humanos. España.** Documento en línea: <http://biblioteca.univesia..net/ficha.do?id>. [Consulta 2008, Julio, 06].
- Sonería, A. (2006). **La Teoría Fundamentada en los datos (Grounded Theory) de Glasser y Strauss.** En Vasilachis, (coord). Estrategias de investigación cualitativa. Barcelona: Edit Gedissa, p.153-173
- Sosa, G. (2006) **Un médico más cercano al hombre y a la salud. La formación para la praxis desde una perspectiva sociocrítica.** Valencia: Clemente Editores.
- Spink, M (1993). O conceito de representação social no abordagem psicossocial. Rio de Janeiro: Cuadernos de Saúde Pública. PP. 300-308.
- Spinoza, B. (1984). **Ética.** Madrid: Sarpe Editores.
- Stiglitz, J. (2002 ). **El malestar de la Globalización.** Madrid: Edit. Taurus.
- Staruss, A (1987). *Quality analysis for social scientific.* Cambridge, Reuno Unido: University Press.
- Strauss,A. y Corbin, J (2002). *Bases de la Investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollas la Teoría Fundamentada.* Colombia: Universidad de Antioquia.
- Tarrio (2003) **Representaciones sociales, ciencia e ideología en el cuidado enfermero de ancianos dependientes institucionalizados.** Buenos Aires. Documento en línea: [http://www.accessmylibrary.com/coms2/summary\\_0286-32145976\\_ITM](http://www.accessmylibrary.com/coms2/summary_0286-32145976_ITM). [Consulta 2008, Julio, 06].
- Taylor, S. y Bogdan, R. (1986). **Introducción a los métodos cualitativos de investigación.** Buenos Aires: Paidós.

- Testa, M. (1993). **Pensar en salud**. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Thompson, J. (1988). **Critical hermeneutics**. 4<sup>th</sup>. Edition. Cambridge: University Press.
- Tocqueville, A. (1969). **El antiguo régimen y la revolución**. Madrid: Edit. Gadarrama.
- Tomey, V. (2002). **Abraham Flexner, pionero de la Educación Médica**. Revista Cubana de Educación Médica Superior. Vol.16, (2).
- Torres, L. (2000). **Una aproximación cualitativa al estudio de las enfermedades crónicas: las representaciones sociales**. Instituto de Investigación en Salud Pública del Centro Universitario de Ciencias de la salud. Revista Universidad de Guadalajara. México, pp. 35-44.
- UNESCO. (1999). **Declaración de Santo Domingo**. Reunión regional de consulta de América Latina y el Caribe de la conferencia mundial sobre la ciencia. República Dominicana.
- \_\_\_\_\_ (1998). **Proyecto red. Reflexiones y experiencias sobre planificación de la educación con énfasis en la realidad Centroamericana**. Informa final. Seminario, México.
- \_\_\_\_\_ (1995). **Documento de políticas para el cambio y el desarrollo en la educación superior. Resumen ejecutivo**, Publicado por la CRESSALC/UNESCO. Caracas,.
- Van Dijk, T. (2005). **El discurso como interacción social**. En: Van Dijk (coord.). *El discurso como interacción social*. Cap.1. Editorial Gedisa. Segunda reimpresión. Barcelona,:19-66.
- \_\_\_\_\_ (1999). **Ideología. Una aproximación multidisciplinaria**. Primera edición. Barcelona: Editorial Gedisa.
- Vasilachis, I. (2006). **La investigación cualitativa**. En Vasilachis, (coord). *Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona: Editorial Gedisa, pp.23-64.
- Vattimo. G. (2000). (1994). **Hermenéutica y racionalidad**. Primera edición en español. Santa Fé de Bogotá: Editorial Norma, S.A.

- Veron, E. (1987). **La semiosis social. Fragmentos de una teoría de la discursividad.** Primera edición. Buenos Aires: Editorial Gedissa,
- Vicens, J. (1995). **El valor de la salud. Una reflexión sociológica sobre la calidad de vida.** Primera Edición. España Siglo XXI, Editores.
- Walzer, M. (1991). **Democracia/s, ciudadanía en América Latina en el siglo XXI. Análisis de genero de los caminos recorridos desde la década del 80 y futuros posibles.** Unidad 1, Seminario PRIGEPP-FLACSO, Buenos Aires.
- Weber, M. (1994a). **Economía y sociedad. Esbozo de sociología comprensiva.** México: Fondo de Cultura Económica.
- \_\_\_\_\_ (1994b). **la Ética Protestante y el espíritu del capitalismo.** México: Ed. Colocan.
- \_\_\_\_\_ (1993). **Ensayo sobre metodología sociológica.** Séptima reimpresión. Buenos Aires: Amorrortu Editores
- Wolf, M. (1991). **Respecto de Teoría Crítica y comunicación de masas: La Investigación de la comunicación de masas.** Barcelona: Paidós, pp.90
- Zaccagnini, M. (2000). Tensiones, fracturas, continuidades y discontinuidades entre la epistemología de la prácticas educativas y la realidad social. II Congreso Nacional de Investigación Educativa, universidad Nacional de Mar de plata. Documento en línea: <http://monografias.com/trabajo10>. [Consulta 2006, Julio, 03]

*ANEXOS*

## ANEXO N° 1



Universidad de Carabobo  
 Facultad de ciencias de la Salud.  
 Doctorado en Ciencias Sociales. Mención Salud y Sociedad

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Doy mi consentimiento<sup>7</sup> para que me entreviste a mi, la Prof. Ybelisse Romero, quien está cursando el Doctorado en Ciencias Sociales, Mención Salud y Sociedad de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo, para integrar parte de su muestra en el estudio denominado “La Salud Bucal y sus Representaciones Sociales”.

Declaro que estoy debidamente informado(a) acerca de la contribución que aportaré, al conocimiento científico para futuras aplicaciones. La investigadora responsable del estudio, Dra. Romero, se compromete a preservar el carácter confidencial de la información obtenida y que respetará mi derecho de conservar la integridad de mi persona, además que se adoptará toda clase de precauciones para resguardar mi intimidad y reducir al mínimo el efecto adverso de la investigación sobre mi condición física, mental, psicológica y moral, así como que no recibiré un beneficio directo como resultado de mi participación.

Entiendo que se me harán preguntas sobre el proceso y conceptos de “Salud Bucal”, y que la entrevista durará aproximadamente una hora, así como que fui elegido(a) al igual que otros(as) sujetos para la aplicación de esta entrevista, de igual modo que seré grabado(a) y filmado(a). He concedido libremente esta entrevista, sin embargo tengo abierta la posibilidad de tomar la decisión de interrumpir mi participación y retirarme en cualquier momento, ejerciendo mi plena libertad y autonomía. Se me ha notificado que es del todo voluntaria y que aun después de iniciada puedo a rehusarme a responder alguna pregunta o decidir darla por terminado en cualquier momento.

Fecha \_\_\_\_\_

Informante

N° \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_ C.I.

\_\_\_\_\_ autorizo ser entrevistado, grabado y filmado.

\_\_\_\_\_ Firma

*Dra. Ybelisse Romero: 0414 4310252.*

<sup>7</sup> Código de Bioética y Bioseguridad (2. Ed.). Ministerio de Ciencia y Tecnología. FONACIT (2002)

**ANEXO N°23****DOCUMENTO QUE GUIA LA ENTREVISTA*****Guía de la entrevista dirigida a los profesionales.*****I Sentimientos del profesional.**

1. ¿Como te sientes en esta comunidad?.
2. ¿Que sientes sobre tu labor en esta comunidad?
3. ¿Seguirías trabajando por más tiempo aquí?

**II Percepción del profesional sobre la comunidad.**

4. ¿Como percibes a la comunidad?
5. ¿Como te percibe la comunidad a ti?
6. ¿Cuales han sido tus logros en la comunidad?
7. ¿Y tus logros sobre los niños, que piensas de ellos?

**III Relación entre el ser y el hacer del profesional.**

8. ¿Que haces en la comunidad
9. ¿Que quisieras hacer, que no has hecho..... y por que?
10. ¿Haces actividades fuera del área clínica? .....cuéntame?
11. ¿Encuentras relación entre la enseñanza de la universidad y lo que haces en la comunidad?

**IV Conocimientos sobre Salud Bucal.**

12. ¿Que significa para ti salud bucal?
13. ¿Como haces salud bucal?
14. ¿Donde haces salud bucal?