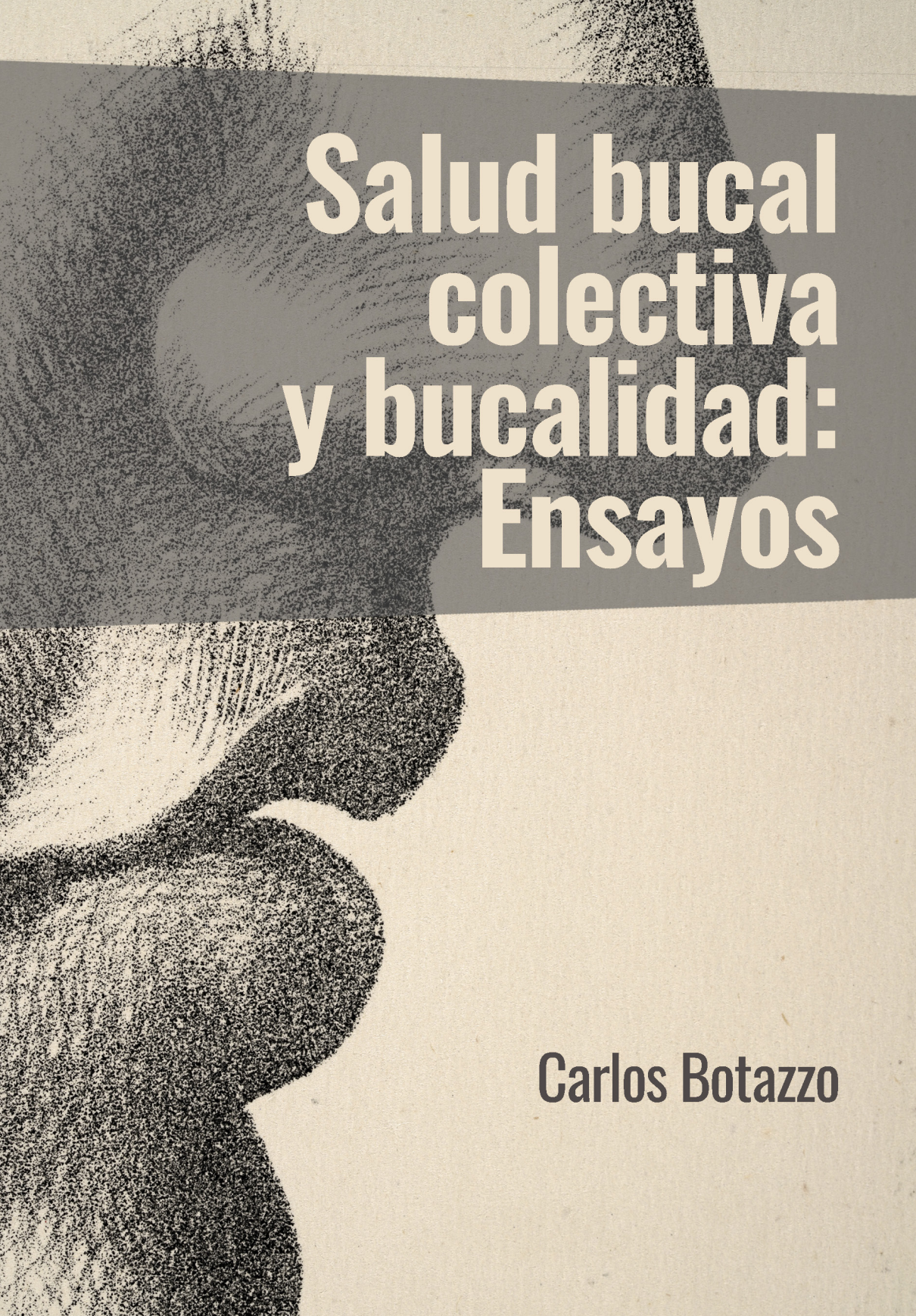




Salud bucal colectiva y bucalidad: Ensayos

Carlos Botazzo

COLECCIÓN CUADERNOS DEL ISCO

62. *La clínica y la epidemiología*
Naomar de Almeida Filho, 2025

61. *La casa enferma*
Roberto Briceño-León, 2025

60. *El sistema de salud de Brasil: ¿Qué es el SUS?*
Jairnilson Silva Paim, 2025

59. *El quinto: no matar. Contextos explicativos de la violencia en Colombia*
Saúl Franco, 2025

58. *La farmacia, los farmacéuticos y el uso adecuado de los medicamentos en América Latina.*
Núria Homedes, Antonio Ugalde, 2025

57. *Evaluación en salud: De los modelos teóricos a la práctica en la evaluación de programas y sistemas de salud.*
Zulmira María de Araújo Hartz, Ligia Maria Vieira da Silva, 2025

56. *Tecnoburocracia sanitaria: ciencia, ideología y profesionalización en la salud pública.*
Celia Iriart, Laura Nervi, Beatriz Oliver, Mario Testa, 2025

55. *Salud, medicina y clases sociales*
Alberto Vasco Uribe, 2025

54. *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*
Eduardo L. Menéndez, 2025

53. *Historias comparadas de la profesión médica: Argentina y EEUU*
Susana Belmartino, 2024

52. *Nuevas reglas de juego para la atención médica en la Argentina: ¿Quién será el árbitro?*
Susana Belmartino, 2024

51. *Como se vive se muere: Familia, redes sociales y muerte infantil*
Mario Bronfman, 2024

50. *Meningitis: ¿una enfermedad bajo censura?*
Rita Barradas Barata, 2024

49. *Salud sexual y reproductiva y vulnerabilidad estructural en América Latina: Contribuciones de la antropología médica crítica*
Rubén Muñoz Martínez, Paola María Sesia, 2024

48. *Teoría social y salud*
Floreal Antonio Ferrara, 2024

47. *Historia y sociología de la medicina: selecciones*
Henry E. Sigerist, 2024

46. *Locos y degenerados: Una genealogía de la psiquiatría ampliada*
Sandra Caponi, 2024

45. *Acerca del riesgo: Para comprender la epidemiología*
José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres, 2024

44. *Los discursos y los hechos: Pragmatismo capitalista, teoricismos y socialismos distantes*
Eduardo L. Menéndez, 2024

43. *Participación social, ¿para qué?*
Eduardo L. Menéndez, Hugo Spinelli, 2024

42. *Teoría social y salud*
Roberto Castro, 2023

41. *Trabajo, producción de cuidado y subjetividad en salud*
Túlio Batista Franco, Emerson Elias Merhy, 2023

40. *Epidemiología en la pospandemia: De una ciencia tímida a una ciencia emergente*
Naomar de Almeida Filho, 2023

39. *Pensamiento estratégico y lógica de programación: El caso salud*
Mario Testa, 2023

38. *Dispositivos institucionales: Democracia y autoritarismo en los problemas institucionales*
Gregorio Kaminsky, 2023

37. *De hierro y flexibles: Marcas del Estado empresario y consecuencias de la privatización en la subjetividad obrera*
Maria Cecília de Souza Minayo, 2023

36. *El recreo de la infancia: Argumentos para otro comienzo*
Eduardo Bustelo, 2023

35. *La planificación en el laberinto: un viaje hermenéutico*
Rosana Onocko Campos, 2023

34. *Introducción a la epidemiología*
Naomar de Almeida Filho, Maria Zélia Rouquayrol, 2023

33. *Investigación social: Teoría, método y creatividad*
Maria Cecília de Souza Minayo (organizadora), Suely Ferreira Deslandes, Romeu Gomes, 2023

32. *Estrategias de consumo: qué comen los argentinos que comen*
Patricia Aguirre, 2023

31. *pensar-escribir-pensar: Apuntes para facilitar la escritura académica*
Martín Domecq, 2022

30. *Hospitalismo*
Florencio Escardó, Eva Giberti, 2022

29. *Natural, racional, social: razón médica y racionalidad científica moderna*
Madel T. Luz, 2022

28. *La enfermedad: Sufrimiento, diferencia, peligro, señal, estímulo*
Giovanni Berlinguer, 2022

27. *Búsqueda bibliográfica: Cómo repensar las formas de buscar, recopilar y analizar la producción científica escrita*
Viviana Martinovich, 2022

26. *Precariedades del exceso: Información y comunicación en salud colectiva*
Luis David Castiel, Paulo Roberto Vasconcellos-Silva, 2022

25. *La historia de la salud y la enfermedad interpelada: Latinoamérica y España (siglos XIX-XXI)*
Gustavo Vallejo, Marisa Miranda, Adriana Álvarez, Adrián Carbonetti, María Silvia Di Liscia, 2022

“Ver Colección cuadernos del ISCO
(Continuación)”

Salud bucal colectiva y bucalidad: Ensayos

Carlos Botazzo



EDUNLA
COOPERATIVA

Secretaría de Investigación y Posgrado

Botazzo, Carlos

Salud bucal colectiva y bucalidad : ensayos / Carlos Botazzo. - 1a ed. - Remedios de Escalada : De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús, 2025.

Libro digital, PDF - (Cuadernos del ISCo / Spinelli Hugo ; 63)

Archivo Digital: descarga y online

ISBN 978-631-6723-07-9

1. Salud Bucal. 2. Odontología. 3. Historia. I. Título.

CDD 617.601

Colección *Cuadernos del ISCo*

Serie *Salud Colectiva*

Dirección científica: *Hugo Spinelli*

Dirección editorial: *Viviana Martinovich*

Edición ejecutiva: *Jorge Arakaki*

Coordinación editorial de esta obra: *Carina Pérez*

Ilustración de tapa e interiores: *Duncan1890*

Digitalización del texto: *Guillermo E. Eisenacht*

Corrección de estilo: *Jorge Arakaki*

Diagramación: *Carina Pérez*

© 2025, Carlos Botazzo

© 2025, EDUNLa Cooperativa

ISBN 978-631-6723-07-9

DOI [10.18294/CI.9786316723079](https://doi.org/10.18294/CI.9786316723079)

EDUNLa Cooperativa. Edificio “José Hernández”, 29 de Septiembre 3901, B1826GLC Remedios de Escalada, Buenos Aires, Argentina. Teléfono: (54-11) 5533-5600 int. 5727.

edunla@unla.edu.ar

Instituto de Salud Colectiva. Edificio “Leonardo Wertheim”, 29 de Septiembre 3901, B1826GLC Remedios de Escalada, Buenos Aires, Argentina. Teléfono: (54-11) 5533-5600 int. 5958.

<http://cuadernosdelisco.unla.edu.ar>



Esta obra está bajo licencia internacional Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0. Las y los autores conservan sus derechos autorales y les permiten a otras personas copiar y distribuir su obra siempre y cuando reconozcan la correspondiente autoría y no se utilice la obra con fines comerciales.





Carlos Botazzo

Investigador y sanitarista brasileño, conocido por su trabajo en el área de la salud colectiva, específicamente en la salud bucal. Botazzo es odontólogo, graduado de la Facultad de Odontología de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (1971); especialista en Salud Pública por la Facultad de Ciencias Médicas de Santa Casa de São Paulo (1986) y doctor en Salud Pública por la Universidade Estadual

de Campinas (1998). A partir de 2009, fue nombrado miembro del Departamento de Odontología Social de la Facultad de Odontología de la Universidad de São Paulo (FOUSP), y desde 2012 es profesor asociado en el Departamento de Política, Gestión y Salud de la Facultad de Salud Pública, Universidade de São Paulo (USP).

Botazzo trabajó en la práctica pública y privada durante 15 años. En 1982, fue contratado por el Ministerio de Salud de la República Popular de Mozambique. En 1985, se unió al Centro de Salud Docente Samuel Barnsley Pessoa, parte del Departamento de Medicina Preventiva, Facultad de Medicina, Universidad de São Paulo (FMUSP). En el mismo año, comenzó a trabajar con el Instituto de Salud, como odontólogo, en el Departamento de Odontología Sanitaria (TS-OD). Trabajó en el Centro Integral de Atención a la Salud (CADAIS) de la Secretaría de Salud del Estado de São Paulo de 1988 a 1990. Fue director de la Unidad Básica de Salud de Humaitá y del Distrito de Salud de Bela Vista, Secretaría Municipal de Salud de São Paulo (1990-1992). Entre 1989 y 1993, por invitación del Prof. Ney Moraes, fue profesor colaborador del Departamento de Odontología Social de la FOB (USP), donde implementó la disciplina de Salud Colectiva en el programa de grado. Regresó al Instituto de Salud en 1993 y fue investigador científico allí, de 1995 a 2013.

Carlos Botazzo posee una amplia experiencia en Salud Pública, con énfasis en la investigación cualitativa, centrada en los siguientes temas: sistema único de salud, interdisciplinariedad, ciudadanía y producción de salud. Una de sus contribuciones más relevantes es el concepto de “bucalidad”, que desarrolló para ampliar la comprensión de la salud bucal más allá del modelo tradicional centrado únicamente en enfermedades como la caries y la periodontitis. Es autor de libros, como *El nacimiento de la odontología. Un estudio arqueológico del arte dental* (2010); *Da arte dentária* (2000); *A saúde bucal nas práticas coletivas de Saúde* (1994), entre otros, y de artículos científicos, como: “O conhecimento pelas mãos” (*Revista da ABENO*, 2017); “Mais vale burro que me carregue que cavalo que me derrube” (*Ciência & Saúde Coletiva*, 2006) y “Aspectos psicológicos do tratamento odontológico” (*Saúde em Debate*, 1986, en coautoría con A. M. Gutreiman).

Índice

Prólogo	I
Capítulo 1. Salud bucal colectiva: Anotaciones y comentarios críticos a un texto antiguo	1
<i>Presentación del texto, divisiones y propuestas</i>	6
Capítulo 2. La salud bucal en las prácticas colectivas de salud	15
<i>Presentación de un objeto: La salud bucal colectiva</i>	15
<i>Diagnóstico de necesidades</i>	20
<i>La organización de los servicios odontológicos</i>	25
Capítulo 3. La emergencia de la clínica odontológica	33
<i>Introducción</i>	33
<i>La cirugía dental en el siglo XVIII</i>	36
<i>Consideraciones finales</i>	43
Capítulo 4. El conocimiento a través de las manos	47
<i>Introducción</i>	47
<i>Los límites dento-gingivales</i>	50
<i>La instrucción del espíritu por las manos</i>	53
<i>Consideraciones finales</i>	60
<i>Algunas conclusiones parciales y provisionales</i>	63
Capítulo 5. Historia de la micropolítica de las prácticas odontológicas: por un concepto de la práctica de los dentistas	65
<i>De qué estamos hablando</i>	66
<i>Lo dentario o el conocimiento por las manos</i>	69
<i>Proceso (lugares) de dentalización</i>	71
<i>Para una conclusión inconclusa adecuada a estos tiempos de Covid e incertidumbres pandémicas (incertidumbres neoliberales)</i>	74
Capítulo 6. Subjetividad y práctica odontológica: Notas teórico-políticas	77
<i>Definiciones preliminares</i>	77
<i>La odontología como política</i>	79
<i>La odontología como objeto</i>	82
<i>Las separaciones de la salud bucal</i>	83
<i>Nosotros y la salud pública</i>	84
<i>Una posición para la clínica</i>	87

Capítulo 7. Diálogos sobre la boca (cultura, sexualidad y represión)	89
<i>La búsqueda del entendimiento</i>	90
<i>A propósito de las relaciones entre odontología y sociedad</i>	94
<i>El cuerpo (la boca) como objeto de un discurso</i>	97
<i>Un objeto integralizado</i>	99
<i>Representaciones sociales y servicios odontológicos</i>	102
<i>Los territorios del deseo</i>	107
Capítulo 8. Sobre la bucalidad: Notas para la investigación y contribución al debate	113
<i>El problema de la salud bucal colectiva</i>	113
<i>El problema de la salud colectiva</i>	117
<i>La salud colectiva como campo de prácticas y locus de reproducción social</i>	120
<i>De Humana Bucca</i>	126
<i>Notas para una conclusión</i>	130
Capítulo 9. Bucalidad	135
<i>La formación social de la boca humana (y la formación de los dentistas)</i>	136
<i>Promoción de la salud para la prevención de enfermedades bucales y para la educación en salud</i>	142
<i>La práctica clínica, la producción del cuidado en salud bucal, el componente subjetivo en la relación del paciente con el profesional</i>	148
<i>Conclusión</i>	154
Capítulo 10. Salud bucal y ciudadanía: Transitando entre la teoría y la práctica	157
<i>La salud colectiva como campo de prácticas</i>	159
<i>Odontología: aún queda mucho por decir sobre ella</i>	167
Capítulo 11. Nuevos enfoques en salud bucal: La cuestión de la integralidad	173
Capítulo 12. Pensando la integralidad de la atención y la producción del cuidado en salud bucal	177
<i>Perspectivas teóricas y posibilidades prácticas para la clínica odontológica a la luz del concepto de bucalidad</i>	177
<i>La producción del cuidado integral</i>	178
<i>Clínica y clínica odontológica, salud bucal y odontología</i>	181
<i>Bucalidad, integralidad y producción del cuidado en salud bucal:</i>	
<i>Una posición para la clínica</i>	184
<i>Consideraciones finales</i>	188

Capítulo 13. Dos o tres cosas que sé sobre la boca humana: Anotaciones para una clínica productora de cuidado	191
Capítulo 14. La caries dental como fetiche	197
<i>Los límites gingivodentales</i>	199
<i>Incongruencias de una teoría</i>	206
<i>A modo de conclusión</i>	211
Capítulo 15. La bucalidad en el contexto de la estrategia de salud de la familia: Ayudando a promover la salud de individuos, grupos y familias	215
<i>Una semiología para la salud bucal</i>	217
<i>Ayudando a promover la salud y tener una vida más saludable</i>	218
<i>Consideraciones finales</i>	222
Capítulo 16. Subjetividad y clínica en la atención primaria en salud: Narrativas, historias de vida y realidad social	225
<i>Introducción</i>	225
<i>Percurso metodológico</i>	227
<i>Resultados</i>	228
<i>Discusión</i>	237
<i>Consideraciones finales</i>	241
Bibliografía	243

Prólogo

Es con gran placer que presento al público lector de Argentina y América Latina esta compilación de ensayos sobre Salud Bucal Colectiva y Bucalidad. Desde hace algún tiempo, este público —profesionales de salud bucal, sanitaristas, profesores y estudiantes de Odontología— ha estado solicitando una mayor aproximación de estos dos conceptos mediada por la lengua española, mediación que *Cuadernos del ISCo* lleva a cabo para llenar esta laguna.

En realidad, desde 2014, con el Proyecto Red¹, coordinado por la profesora Marcela Bella, de la Universidad Nacional de Córdoba (UNC), comencé a comunicarme en otro nivel con colegas profesores e investigadores en salud bucal ubicados en la Cátedra de Odontología Preventiva y Comunitaria II de la Facultad de Odontología de la UNC. No solo en la UNC, por invitación de los colegas de la Cátedra, tuve la oportunidad de presentar estos nuevos conceptos e ideas sobre bucalidad y clínica ampliada de salud bucal durante una serie de seminarios, y lo mismo en la Universidad Nacional de Rosario, también como actividad del Proyecto Red. Estas actividades académicas marcaron mi presencia en el escenario docente e investigativo no solo en Córdoba y Rosario, sino también en Buenos Aires, con el Colectivo Trabajadoras y Trabajadores de Salud Bucal Colectiva. En este sentido, se observó un gran avance cuando, en julio de 2023, bajo el XVII Congreso Latinoamericano de Medicina Social y Salud Colectiva, se constituyó la Red Salud Bucal Colectiva de ALAMES. Estuve en esa reunión y fue emocionante. Pasamos la tarde hablando sobre las posibilidades de ese bucal que aparece en el horizonte, con colegas de casi todos los países de América Latina. El momento de fundación de esta Red fue precedido por la ronda de conversación “Salud bucal colectiva, experiencias y construcciones para la garantía de derechos”. En ella fui convocado para hablar e hice una presentación pensando lo bucal como lugar de encrucijadas epistémicas y sensoriales, y también expresando la idea de que la formación en odontología entre nosotros aún está marcada por el colonialismo, el racismo y el patriarcado, y que nos correspondía la tarea de proponer su descolonización y democratización.

Este fue un momento único de encuentro con colegas —la mayor parte de los cuales vi por primera vez— que expresaban su simpatía por la salud bucal colectiva y demandaban otros encuentros para extender y profundizar esta discusión². ¡Y lo bonito de este encuentro fue el hecho de que todos nos reconocimos como parte de los movimientos democráticos y populares de esta vasta América!

¹ Innovación en la producción del cuidado y en la atención integral en salud bucal: Un aporte para la equidad en salud.

² No por casualidad, sino ya como producto de la movilización de la Red, en agosto de 2024 se realizó el conversatorio “Salud bucal y neoliberalismo en América Latina”, disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=sB3lsVw8wqU>.

Sin embargo, a pesar de mi pobre español, deficiente en mi percepción, la comunicación fue buena. Otra vez preguntaban si no había escritos en lengua inglesa, porque eso permitiría una comprensión mayor de los trabajos publicados en portugués, los cuales eran de difícil comprensión para los colegas de habla hispánica³.

Fue entonces que surgió la idea de editar una antología en español y en una reunión con el Prof. Hugo Spinelli, del Instituto de Salud Colectiva de la Universidad de Lanús, le presentamos el proyecto, que tuvo así sus primeros esbozos de definición.

En los numerosos encuentros, clases y cursos realizados entre 2015 y 2023, siempre me quedaba la duda de si lo expuesto alcanzaba un nivel razonable de comprensión, no solo por el coeficiente lingüístico, sino también por el contenido teórico que expresaba posiciones algo disonantes de la odontología preventiva clásica, aun fuertemente cargada por el higienismo de antaño, sin mencionar los contenidos odontológicos propiamente dichos. De hecho, esta inmersión, a la vez cultural y pedagógica, me permitió comprender la *uniformidad* de la odontología como fenómeno lingüístico e ideológico a nivel internacional. Oportunamente, ya había manifestado la idea de que la odontología, como proyecto político-sanitario, se había *internacionalizado* desde su nacimiento, con los primeros cursos y de inmediato con la creación de la Federación Dental Internacional. Y, naturalmente, esta internacionalización implicaba una estructura político-pedagógica semejante que empezó a reproducirse de manera más o menos similar en todos los países de Occidente, con variaciones en cuanto al grado de cientificidad general y dominio técnico en las sociedades nacionales donde se insertaba, y aun así sin grandes variaciones que no fueran las del *estatus*, considerándose inicialmente a los franceses como los más avanzados, referencia que, poco antes de la Segunda Guerra Mundial, en el siglo XX, pasó a los norteamericanos. De todos modos, los elementos ideológicos, es decir, el conjunto de elementos simbólicos constitutivos de la profesión, se reproducen *ampliamente* y son los mismos en todas partes. Aquí y allá, el diente y su enfermedad madre son los grandes organizadores; las creencias son semejantes, se habla el mismo idioma y se practican las mismas liturgias.

De este modo, la edición que ahora se materializa es un intento —que imagino será exitoso— de extender a un público lector amplio y calificado, ideas y aproximaciones que tienen como objetivo criticar un modelo de enseñanza y profesión totalmente atravesado por pedagogías y concepciones sociales fundamentadas en el colonialismo y el patriarcado.

Pero la antología actual aún no avanza en esa dirección. Solo permite vislumbrar, y antes proponer, un nuevo horizonte político-epistémico. La tarea de producir esta lectura decolonial pertenece a las nuevas generaciones de *bucaleros*, que hoy son numerosos, sin duda mucho más que cuando esta jornada comenzó. Ya las nuevas

³ Descubrí recientemente esta curiosidad lingüística: los lusófonos (personas que tienen el portugués como lengua propia) entienden el español con más facilidad que al revés, lo que les impide “atravesar” esta diferencia originalmente ibérica. Esto se debe a que los hispanohablantes nativos presentan un bloqueo natural, causado sobre todo por el número de diferencias vocálicas y fonéticas, que son mayores en portugués. Además, claro, de los significantes lingüísticos, ya que muchas veces palabras semejantes o idénticas tienen significados distintos en una y otra lengua.

investigaciones realizadas en Brasil apuntan a posibilidades que antes estaban solo en germen. Así, disertaciones y tesis han abordado temas que aparecían en dispersión o que solo se presentaban por su sesgo clínico. Era el caso de la enfermedad de células falciformes, que corresponde al fenotipo negroide; hoy esto se presenta amplificado por la idea de una bucalidad negra, que no tiene nada que ver con la antigua “salud de la población negra” De hecho, el anclaje aquí es la percepción cultural y política de la negritud como dispositivo organizador de esas bocas (y sus *funciones*, es decir, sus *trabajos*), que se manifiestan en la plenitud de los movimientos de afirmación de los derechos del pueblo negro en todo el continente americano. En la misma línea de razonamiento, emergen, en esta contemporaneidad distópica que todos sufrimos, bucalidades indígenas y las del pueblo LGBTQIAPN+. Porque todo esto junto resulta ser como proyectos de libertad, ya que se trataría, en última instancia, de una boca liberada. Liberación que solo puede ser la de los cuerpos y, de inmediato, de la sociedad en su conjunto. Porque en ese momento ya no podremos tolerar formas opresivas que dirijan y modelen el futuro general, el de todos los hombres y mujeres en el gobierno de sí mismos. No está mal para un concepto que ya fue considerado como “en permanente construcción” (Botazzo *et al.*, 2013).

Poca cosa más que decir, pues el libro aquí está. Parte de los ensayos de esta antología, sobre todo los primeros, tiene la *función* de establecer parámetros conceptuales e interpretativos respecto a los *orígenes* de la profesión, precisamente su recorte histórico y los modos en que apareció, al tiempo que critica esa emergencia y los modelos teóricos que utiliza. No obedecen a un orden cronológico, es decir, no siguen, por ejemplo, el año de publicación; al contrario, el Capítulo 1 data de 2013, con el comentario a un texto de 1988, mientras que el Capítulo 2 fue publicado originalmente en 1989; el 3, en 2000; el 4, en 2017; el Capítulo 5, en 2021; y el Capítulo 7 fue escrito y divulgado originalmente en 1993. Independientemente del aspecto temporal, entendí que formaban un conjunto conceptual, en la medida en que los elementos estructurantes de la odontología aparecen con más evidencias en los primeros capítulos. No es que esto no exista en los capítulos siguientes, pero en estos otros se trató de *analizar críticamente el pasado* para luego reconfigurar las posibilidades de una nueva forma de trabajar en salud bucal, cuyo producto final sea el cuidado.

No podría cerrar esta presentación sin mencionar a algunos sujetos necesarios en este proyecto. En el tiempo histórico, cabe mencionar a Ana María Gutreiman, psicóloga argentina que hoy ejerce la clínica en Buenos Aires. Nos conocimos en Maputo, en el tiempo en que ambos éramos cooperantes internacionalistas en la República Popular de Mozambique, y desde entonces nos encontramos siempre que fue posible para hablar del pasado, pero sobre todo para comentar la vida presente; fue con ella que realicé el primer estudio sistematizado de esta subjetividad bucal, un estudio sobre el miedo en odontología (Botazzo & Gutreiman, 1986). También debo agradecer a los colegas profesores de la Cátedra de Odontología Preventiva y Comunitaria II de la FOC/UNC, con quienes interactué entre 2014 y 2017, inicialmente en un programa de intercambio docente (Carta de Montevideo) y luego en el ámbito del Proyecto Reds. Debo destacar a Marcela Bella, Alejandro Marengo, Irma Moncunill, Verónica Cano, Suzana Cornejo, Pablo Gigena, Julieta Ziem, Natalia Aguero, Elena

Hilas y a los —en ese momento estudiantes— Agustín Ponce y Federico Labanti; y también, desde Rosario, a Ivana Novarese y Ana Sorrentino. Sin duda, el estímulo del Colectivo de Trabajadoras y Trabajadores de Salud Bucal Colectiva de Buenos Aires fue importante, y debo recordar en particular a Sergio Otero, Ayelén Butler, Stela Cenci y Mirta Delgado. También por compartir afectos e ideas a Carolina Morales y John Harold Estrada Montoya, de Colombia, y desde La Habana, a Maritza Sosa Rosales. Por último, pero no menos importante, a Hugo Spinelli —nos conocemos desde nuestro doctorado en Unicamp en el año 1990—. El profesor Hugo es director de la colección *Cuadernos del ISCo* de la Universidad Nacional de Lanús, sin cuyo apoyo esta antología no habría sido posible. A todos, mi más afectuoso agradecimiento.

Facultad de Salud Pública, USP, diciembre de 2024

Capítulo 1

Salud bucal colectiva: Anotaciones y comentarios críticos a un texto antiguo

¿Qué interés podría tener para el lector contemporáneo un texto escrito hace un cuarto de siglo y que, a pesar de haberse hecho conocido, recién ha sido publicado hace poco tiempo?¹ ¿Y qué interés podría tener hoy ese texto para estudiantes universitarios, profesores e investigadores, cuando sabemos que fue escrito originalmente como material didáctico para un curso de formación de auxiliares de consultorio odontológico? ¿Qué contenido práctico podría extraerse de él y, más aún, qué contribución teórica podría dar un texto cuya génesis estaría irremediabilmente marcada por la idea de ser un instrumento de enseñanza obligatoriamente simplificado para cumplir con sus finalidades?

Pues, aunque se pensara así, el hecho es que el manuscrito *Salud Bucal Colectiva* (Botazzo *et al.*, 1988) cumplió la función para la que fue destinado, es decir, ser material de apoyo pedagógico, y fue más allá: impresionó profundamente la plataforma teórico-política de la antigua odontología sanitaria u odontología social de los tiempos anteriores a la Reforma Sanitaria brasileña y se convirtió en una denominación corriente para un extenso conjunto de prácticas, nociones y significados más o menos alineados con su referencia matriz, la Salud Colectiva propiamente dicha.

A pesar de la importancia que tuvo para el futuro de la salud bucal en Brasil, el trabajo *Salud Bucal Colectiva* jamás mereció un análisis de su estructura y contenido. Es cierto que fue muy citado y se convirtió en referencia obligatoria en cientos de trabajos científicos. Sin embargo, se observa otro hecho innegable: la apropiación generalizada de la denominación no siempre correspondió a la inclusión de sus pilares teórico-políticos, omitiendo, por ejemplo, la referencia a la determinación social del proceso salud-enfermedad y a la Reforma Sanitaria. Por este motivo, frecuentemente la salud bucal colectiva es percibida solo como un dispositivo instrumental y técnico o como el soporte (desvinculado) para las tecnologías de cuidado de la antigua odontología preventiva y social (que desafortunadamente se mantiene robusta y vigorosa dentro del Sistema Único de Salud).

No es casualidad que se necesitara decir que la salud bucal colectiva no era sinónimo de odontología, que la salud bucal colectiva era otra cosa. Es oportuno explicar estas diferencias. Usualmente, las personas entienden que al posicionarse

¹ Publicado por primera vez en *Diálogos sobre a boca* (Botazzo, 2013e), sobre el texto original de 1988.

de esta manera *se estaría atacando a la odontología*, cuando en realidad se está simplemente colocando las cosas —teorías y posiciones políticas— en el plano del argumento. Sin embargo, no raramente hubo tomas de posición o de partido, ya que aún entre dentistas que admiten el referencial teórico-práctico de la Salud Colectiva hay obstáculos para desplazarse del suelo donde medran las teorías odontológicas sobre la enfermedad bucal, y a muchos les pareció que radicalizar la perspectiva de la salud colectiva sería una especie de traición a la causa odontológica. Será útil, en consecuencia, si podemos establecer diferencias para los términos odontología, odontología social (o preventiva o sanitaria) y salud (bucal) colectiva, comenzando por la reflexión sobre los términos “salud pública” y “salud colectiva”.

Como se dijo en otra ocasión, entendemos, al igual que Minayo (1992, p. 14), que la salud colectiva es un campo de prácticas —sanitarias, sociales o de investigación— que incorpora a los sujetos, los movimientos sociales, los servicios de salud, etc., y los somete a la *crítica transformadora*. En esta perspectiva, también las instancias o aparatos de control social bajo hegemonía de la medicina son sometidos a crítica. Por este camino, se diferencia de la salud pública, entendida siempre como esfera estatal que, mediante la oferta de servicios de salud, efectúa sus políticas de control social, es decir, el control del Estado sobre individuos o grupos de individuos. Claramente, se distinguiría una de la otra:

En Brasil y en América Latina, el objeto tradicional denominado Salud Pública pasa a merecer tratamiento, denominación y connotación que lo trae del inespecífico “público” referente a la política de prevención propuesta por el Estado al colectivo, que sugiere derechos, situación histórica, compromiso con las condiciones de vida social. [...] La nueva disciplina y campo de intervención Salud Colectiva incorpora definitivamente las ciencias sociales en el estudio de los fenómenos salud/enfermedad. (Minayo, 1992, p. 79)

Por eso se puede decir que la medicina científica es la base de la *higiene de Estado*, la salud pública de las masas y de los espacios colectivos, y de la regulación del cuerpo y de las prácticas sociales como moral positiva. Así, esta medicina aparece como biopolítica en el sentido que le atribuye Foucault. En su conjunto —y como campo polar— la Salud Colectiva incorpora al *sujeto cognoscente* (movimientos sociales, movimiento sanitario), el Estado (relaciones de poder, políticas de salud, políticas de producción y consumo, etc.), la desmedicalización de la salud, la disolución de las fronteras disciplinares y el desorden de su jerarquía. Esta posición puede ser fácilmente evaluada en el caso del movimiento feminista o en el caso del síndrome de inmunodeficiencia humana–VIH/sida (Capítulo 8 de este libro).

Dicho de otra manera, como institución o como instituido-instituyente (o como estructura estructurada y estructurante), “salud pública” y “salud colectiva” son categorías diferentes, a pesar de que mantengan interfaces y compartan, de modo extenso o reservado, el campo de la salud, hecho que puede observarse en la elección de temas y en el recorte de los objetos sobre los cuales se enfocan y en los tiempos, ritmos y perspectivas que imponen a la investigación y a los servicios. Es en este espacio social y, más precisamente, *del colectivo* que la salud bucal se inscribe, tal

como ha sido entendido y formulado permanentemente en las dos últimas décadas, entendimiento al cual Paulo Goes & Samuel J. Moysés han dado recientemente una importante contribución (2012).

La odontología es una práctica social y, de este modo, sometida a reglas de funcionamiento en las condiciones de posibilidad que permitieron que surgiera como práctica y se estructurara en esta condición particular (Lyda, 1998; Novaes, 1998). Siendo una práctica social, para efecto de argumento, sería interesante pensar la odontología desde la perspectiva del *habitus*. Los *habitus* son:

...sistemas de disposiciones duraderas, estructuras estructuradas predispuestas a funcionar como estructuras estructurantes, es decir, como principio que genera y estructura las prácticas y las representaciones que pueden ser objetivamente “reguladas y regulares” sin ser en nada el producto de la obediencia a reglas objetivamente adaptadas a su finalidad, sin suponer la visión consciente de los fines y del dominio expreso de las operaciones necesarias para alcanzarlos... (Bourdieu, 1972, p. 175)

Así, el *habitus* se encontraría en el “principio” de la concatenación de los “movimientos” que son objetivamente organizados como estrategias sin ser de ningún modo el producto de una verdadera intención estratégica” (Bourdieu, 1972, p. 175). Sobre esto, pertinentemente, Ortiz comenta que el *habitus* tiende “...a conformar y orientar la acción, pero en la medida en que es producto de las relaciones sociales, tiende a asegurar la reproducción de esas mismas relaciones objetivas que lo engendran” (1983, p. 15).

Es decir, los agentes que lidian directa e indirectamente con la *estructura* no lo hacen dirigidos por ninguna forma de conciencia exterior específica. Al contrario:

...cada agente, sepa o no sepa, quiera o no quiera, es productor y reproductor de sentido objetivo, ya que sus acciones y sus obras son el producto de un *modus operandi* del cual no tiene dominio consciente; ellas encierran [las acciones] una “intención objetiva” [...] que siempre sobrepasa las intenciones conscientes. (Bourdieu, 1972, p. 182)

Y Ortiz concluye: “La interiorización por parte de los actores de los valores, normas y principios sociales asegura de esta forma la adecuación entre las acciones del sujeto y la realidad objetiva de la sociedad en su conjunto” (1983, p. 15).

Es precisamente en esta dirección que se puede decir que la salud bucal colectiva va más allá o se extiende más allá de lo que la odontología puede pensar o decir sobre la cavidad bucal de los hombres, pues salud bucal colectiva significa *ver* el objeto odontológico desde una vertiente no odontológica.

Se admite con esta afirmación que la posición del sujeto y el lugar desde donde habla son determinantes de los sentidos y de la red de significados suscitados por los enunciados. Esto tiene implicaciones relevantes. Las posibilidades prácticas de la odontología, sea en la investigación o en la prestación de servicios, se encuentran obligatoriamente ceñidas por el dominio biológico o biotecnológico. Así, puede

hablar de las estructuras que conforman o delinean la cavidad bucal, puede hablar de dientes y huesos, de mucosas y glándulas, de oclusión y prótesis. Sus prácticas podrían dividirse cómodamente entre exéresis, inserciones y sustituciones (prótesis y órtesis). Las exéresis comprenden las remociones quirúrgicas de tejidos u órganos bucales en partes o en todo, sean los tejidos blandos, sean —lo que es más frecuente— los tejidos duros, sobre todo los dentarios. Así, por ejemplo, se eliminan dientes. Las inserciones se refieren a la restauración dental directa o indirecta mediante el uso de sustancias plásticas. La recuperación de partes bucales y dentales más o menos extensas es dominio de la prótesis. Un detalle no menos importante: la eliminación de los tejidos dentarios —en extensión y profundidad— aún hoy está regulada por las características o propiedades físico-químicas del material restaurador y menos por la situación clínica en la que se encuentran los dientes. Son esas propiedades, por lo tanto, las que definen cuánto tejido se va a eliminar. Es parte de la técnica, por ejemplo, que un diente sano sea completamente desgastado, en realidad quirúrgicamente destruido, para luego ser recubierto por una corona artificial, como ocurre en las denominadas prótesis fijas o, contemporáneamente, en la colocación de carillas y lentes dentales. Incluso con la vigencia de nuevas tecnologías como los implantes dentales, este enfoque protético se mantiene vigente.

Por otro lado, la odontología sanitaria y preventiva tiene como objetivo pensar las enfermedades bucales en la dimensión pública y estatal. Ella elige prioridades o relevancias nosológicas y, desde siempre —y mucho antes de que los epidemiólogos bucales comenzaran a manipular el método epidemiológico con relativa consistencia y seguridad— eligió la caries dental como problema de salud pública (aun cuando no se sepa con certeza de qué estamos hablando en vista de la plétora discursiva sobre esta *condición dental*; ver Capítulo 14 de este libro). En consecuencia, todas sus propuestas de políticas eligieron la *educación dental* de las personas —niños y embarazadas— como foco prioritario de intervención en el plano colectivo. Tales prácticas tuvieron origen a finales del siglo XIX en el ámbito de la puericultura y como expresión de las diversas profilaxis entonces en boga: profilaxis de la lepra y de la tuberculosis, profilaxis del embarazo y del parto, de las enfermedades mentales, de las enfermedades de transmisión sexual, etc., y claro, profilaxis de la caries dental. Los servicios asistenciales eran escasos y probablemente restringidos a la escuela, como el antiguo Servicio Dental Escolar en São Paulo. Solo en la década de 1950, en el ámbito de la Fundación SESP², se organizaron servicios odontológicos con otra perspectiva política y cierta racionalidad que se imaginaba entonces conduciría al control de la caries en niños y a la formación de adultos sanos. Tal acuerdo tecnológico evidentemente no produjo esos resultados y, en el amanecer de la Reforma Sanitaria y del Sistema Único de Salud (década de 1980), entraron en decadencia. Sin embargo, el *componente educativo*, es decir, *controlador*, de estos procedimientos permaneció y su estructura ideológica sigue animando en la era post-SUS tanto la formación como los servicios, de modo que no sería exagerado afirmar que hubo una

² Fundação Serviços de Saúde Pública.

recuperación de la materialidad de la puericultura en la vigencia de la Política Nacional de Salud Bucal, justo ella que se propuso, y correctamente, innovar y superar históricamente concepciones y prácticas del pasado. En esta perspectiva avanzamos, pero menos de lo que podría haber sido. Sorprendentemente, la lógica que rige la organización de los servicios e incluso la del sistema de información sigue estando orientada o dirigida a la caries tanto en el plano de la promoción o de la prevención como en el de la asistencia, lo que convierte el *lado colectivo de la salud bucal* en una utopía distante. Pero siempre es *una forma infantil de la enfermedad* la que se manifiesta en la teoría y en la práctica, la cual somete a adultos e incluso ancianos a los reglamentos discursivos del cepillado de los dientes y del control de la ingestión de sacarosa. El mantenimiento de esta centralidad dental tiene serias implicaciones para la salud bucal y para la calidad de vida de grandes sectores de la población. Basta pensar en las *enfermedades bucales desatendidas* que forman aún hoy una vasta e incómoda laguna.

Finalmente, la *salud bucal colectiva* es parte inseparable, teoría y práctica, de la Salud Colectiva. Se da a un mismo tiempo como generalidad y como particularidad regional, bebiendo cómodamente en el manantial del conocimiento de las ciencias sociales y humanas. Se puede decir que el objeto de las ciencias humanas

...comienza allí donde para el funcionamiento de esa biología, allí donde se liberan representaciones verdaderas o falsas, claras u oscuras, perfectamente «conscientes o inmersas en la profundidad de alguna somnolencia, observables directa o indirectamente, ofrecidas en aquello que el propio hombre enuncia...». No es competencia de las ciencias humanas los centros corticales del lenguaje ni el funcionamiento de la fisiología ni las características de la producción y el intercambio, pero habrá ciencia humana cuando el hombre pueda representar la vida, representarse a sí mismo y a sus compañeros en la producción y representar al hablar el sentido de las palabras y la propia representación del lenguaje. Es vida y a un solo tiempo *vida representada, es actuación verbal y al mismo tiempo representación de lo hablado*, es producción e intercambio y en ese *mismo tiempo la manera como se representa la sociedad que produce e intercambia*. Así, no es el hombre como naturaleza lo que interesa a las ciencias humanas, sino este ser que «desde el interior de las formas de producción por las cuales toda su existencia es comandada, forma la representación de esas necesidades de la sociedad por la cual, con la cual o contra la cual las satisface» el ser de esas cosas «de las que el sujeto tal vez no tenga conciencia, pero que no tendrían ningún modo de ser señalable si ese mismo sujeto no tuviera representaciones». (Botazzo, 2012)

Así, difieren otra vez odontología y odontología sanitaria de *salud bucal colectiva*. Y es posible distinguirlas por los problemas teóricos y prácticos de cada una de ellas. El *problema de la odontología* no es el mismo que el *problema de la salud bucal colectiva*, y esto equivale a decir que las teorías de las que se valen una y otra para resolver los problemas planteados por ellas también son distintas.

Pero es preciso aun atender al hecho de que la separación histórica de la odontología de las demás prácticas de salud (incluyendo el uso de un lenguaje común) acabó contaminando la propia formulación, y no raramente la salud bucal (colectiva)

va por un lado mientras *todas las otras saludes colectivas* van por otro. Esto es resultado, según pienso, del hecho de que la odontología ha recreado sistemas propios, sea en la biología (microbiología *oral*, bioquímica *oral*, fisiología *oral*), en la terapéutica (terapéutica *oral*), en la patología (patología *oral*), en la medicina (medicina *oral*), en las ciencias sociales y humanas (ahora *socio-dental sciences*). Contrariando el sistema científico, sin embargo, difícilmente la *parte dental* de estos arreglos se relaciona con el todo. Sumida en tales contradicciones y de afirmar que los *dientes* no se encuentran en relación de dependencia con la *fisiología del individuo* y viceversa, incluso en el campo biotecnológico, la ciencia odontológica tardó un siglo en conectar periodonto con embarazo, a pesar de las evidencias en contrario, para tomar el ejemplo más candente de las últimas décadas. Daremos un paso importante en la superación de este hiato cuando nos pongamos en la misma escena discutiendo con las demás prácticas de salud lo que nos unifica, cuando resolvamos lo que es *generalidad* y lo que es *particularidad regional*. Pienso que este es uno de los aspectos más relevantes de este texto de 1988, cuando en su final anunciaba:

Se pretende así que la odontología sea integral, no por *no separar la prevención de la cura*, sino por considerar que la cavidad bucal y sus estructuras tienen importantes relaciones con otros componentes del organismo, los cuales no deberían ser desconsiderados para la comprensión de las acciones clínicas. (Botazzo, 1988)

Y al tiempo que reclamaba precozmente la integralidad del cuidado en salud bucal, anunciaba un desafío: a medida que la odontología se va tornando *más integral*, también se va tornando cada vez *menos odontología*. O como se dijo más tarde, la odontología debería perderse en el torbellino de la Reforma Sanitaria para más adelante, fertilizada, reencontrarse consigo misma (Botazzo *et al.*, 2013, pp. 81-89). Tal vez en esa época no comprendimos el alcance de estas afirmaciones.

Presentación del texto, divisiones y propuestas

La estructura del texto es simple, lo que no quiere decir simplicidad o simplonería. Al contrario, bien visto, está dotado de cierta dosis de pretensión. En lenguaje accesible, comienza con una rápida introducción discutiendo el concepto de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y hace una explicación de lo que hoy sería considerado un *concepto ampliado de salud*, un estado positivo y no solo la ausencia de enfermedad. Debemos recordar que el concepto ampliado de salud ganó fuerza en la literatura de la salud colectiva apenas a mediados de los años noventa. Inmediatamente después, presenta el recorrido histórico de los conceptos y prácticas de salud y termina afirmando lo que sería la novedad de esa salud bucal colectiva que se anunciaba. Se percibe fácilmente esa dosis de pretensión cuando realiza temerariamente el vuelo que recorre milenios de la historia de la sociedad humana, Occidente

y Oriente, de un solo golpe y en pocas páginas, sin mostrar vacilación en ninguna parte de la estructura de la narrativa, de alguna manera la marca de la ingenuidad epistemológica y del romanticismo político de esos tiempos. Después de la introducción, las divisiones del recorrido histórico son propuestas en una secuencia previsible: la causa de las enfermedades en la Antigüedad; la causa de las enfermedades en la Edad Media; la causa de las enfermedades en la Edad Moderna o Industrial; la causa de las enfermedades en la época actual.

Las enunciaciones de estas divisiones tomaron como base la contribución teórica de autores como Rosen (1980), Foucault (1986), Scliar (1987) y Barata (1985; 1997). En el foco de la narrativa estuvo en discusión la cuestión de la causalidad y, poco después, la de los determinantes sociales en salud. Aunque ingenua en su formulación, no se puede dejar de notar que la preocupación era presentar al lector –un trabajador de nivel medio y básico de los servicios– la historicidad de los conceptos y prácticas, es decir, vincular teoría y práctica y demarcar de manera inequívoca la dependencia de la organización tecnológica en la producción de cuidados de salud con la época o la formación social e histórica considerada. A pesar de que no explicitaba tal posición, presentaba una clara ruptura con la posición epistemológica muy difundida de que las prácticas de salud tenían una *historia evolutiva*, especie de *darwinismo sanitario*, de las formas más inferiores, místicas o religiosas, hasta las superiores, racionales o científicas. Esto es positivismo en estado puro: lo viejo precediendo a lo nuevo, lo menor antes que lo mayor, lo simple antes que lo complejo, el huevo antes que la gallina, lo mágico (como primitivo) antes que lo científico (como civilizado o moderno). Sobre este problema, Roberto Machado considera justamente que “la tesis positivista [...] es la de que la anterioridad cronológica es una inferioridad lógica” (1988, p. 33). Por este motivo, en el escenario sanitario de aquellos tiempos, incluso los más bienintencionados consideraban complacientemente el atraso y la ignorancia *del pueblo* (los pueblos americanos originarios y otros entraban en la misma categoría) como necesitados de la ayuda *científica* de las capas *ilustradas* de la sociedad.

Este era el camino del progreso. No era difícil escuchar que Moisés el Profeta habría sido el primer sanitarista de la historia al predicar higiene y dietética para el pueblo hebreo en la travesía del Sinaí, como si las prescripciones del Levítico constituyeran un tratado de salud pública, como después Mary Douglas (1976) claramente señaló y nos hizo ver cuán equivocados podemos estar en esta materia. Refiriéndose a lo que denomina “confuso diálogo entre la Antropología y la Teología en el siglo XIX”, esta autora afirma que “...aunque algunas reglas dietéticas de Moisés fueran higiénicamente beneficiosas, es lamentable tratarlo más como un esclarecido administrador de la salud pública que como un líder espiritual...” (p. 44).

Y más adelante encontramos:

Debemos hacer un esfuerzo por pensar más allá de los últimos cien años y analizar las bases del acto de evitar la suciedad antes de su transformación por la bacteriología; [...] Si podemos abstraer patogenia e higiene de nuestra noción de suciedad, estaremos ante la antigua definición de suciedad como un tópico inoportuno. [...] La suciedad entonces nunca es un acontecimiento único, aislado. *Donde hay suciedad, hay sistema. La suciedad es un subproducto de*

una ordenación y clasificación sistemática de cosas en la medida en que el orden implica rechazar elementos inapropiados. (Douglas, 1976, p. 50, cursivas agregadas)

Tales equívocos serían evitados si interpretáramos las prácticas de la salud colectiva y, cuando corresponda, las de la salud bucal colectiva, es decir, las prácticas de limpieza bucal, como parte del proceso civilizatorio y no como elemento estructurado en la ignorancia o desconocimiento de las reglas científicas, estas que fueron originadas de las concepciones microbianas de Louis Pasteur (1822-1895), a las que Salomon-Bayet (1986) denominó apropiadamente “*révolution pastorienne*”.

Mirar el pasado e interpretarlo con las categorías del presente puede llevar al investigador a este y a otros equívocos. Tal posición *higienista o pasteuriana* aparece con claridad en un libro entonces muy popular de Moacyr Scliar (1937-2011), médico sanitarista y escritor), en el que él iba de lo *mágico a lo social* y presentaba, con la buena intención que tienen los santos, la *evolución* de los conceptos y prácticas de salud, evidentemente atribuyendo a los anteriores a la era científica el defecto de ser *sobrenaturales* y erróneos, de cierto modo metafísicos o lo que estaba más allá de la naturaleza (Scliar, 1987). Escrito en lenguaje elegante y didáctico, el libro tiene sin duda gran interés historiográfico, pero incurre en explicaciones que revelan el recurso a la recurrencia, como por ejemplo cuando dice que:

La enfermedad proclamaba el pecado, casi siempre de forma visible, como en el caso de la lepra. Se trata de una enfermedad contagiosa que sugiere, por tanto, contacto entre cuerpos humanos, *contacto que puede tener evidentes connotaciones pecaminosas*. El Levítico se detiene largamente en la manera de diagnosticar la lepra; pero no hace un abordaje similar para el tratamiento. En primer lugar, porque *tal tratamiento no estaba disponible*; en segundo, porque la lepra podría ser enfermedad, pero era también y sobre todo un pecado. (Scliar, 1987, pp. 17-18, cursivas agregadas)

Es constante en el texto de Scliar la concepción científica de la historia y de la sociedad como directoras del pensamiento y de la acción humanas, una etapa superior. Es así cuando afirma que para los antiguos (todos los antiguos) la mayor parte de las enfermedades no tenía para ellos relación de causa y efecto, “pues este es un tipo de razonamiento que depende del grado de desarrollo de la ciencia y de la tecnología” (p. 10). O cuando dice que el concepto de salud de la OMS “entró en vigor el día 7 de abril de 1947” (p. 32).

Sin duda, incluso con estos desaciertos, el libro de Scliar debe ser recomendado a estudiantes de la salud. Para estudios avanzados, sin embargo, hay material bibliográfico de numerosos autores que constituyen fuentes primarias indispensables, sobre todo cuando se enfoca la historicidad de las prácticas técnicas y sociales y la inscripción de la enfermedad en la cultura y en el proceso civilizatorio. En la construcción de la narrativa, muchas veces el autor recurre a un lenguaje coloquial o utiliza imágenes literarias que, inadvertidamente, oscurecen la objetividad de las explicaciones científicas. Esta característica puede percibirse cuando en una edición reciente (*ante mortem*), Scliar fue más lejos y presentó el conocido enunciado de la

OMS sobre salud, que él denominó un *concepto universal* inexistente en tiempos pre-téritos, como en la dependencia de eventos cataclísmicos: en 1948, con motivo de la fundación de la OMS,

...aún no había un concepto universalmente aceptado de lo que es la salud. Para tal, sería necesario un consenso entre las naciones, posible de obtener solo en un organismo internacional. La Liga de las Naciones, surgida tras el fin de la Primera Guerra Mundial, no logró ese objetivo: *fue necesaria una Segunda Guerra* y la creación de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para que esto ocurriera. (Scliar, 2007, cursivas agregadas).

Evidentemente, cuestiones teóricas relevantes en la investigación histórica como la ruptura, la diacronía y la sincronía quedan fuera de este tipo de enfoque.

Es lícito preguntar si tales formulaciones no obedecerían a los imperativos de ciertas concepciones teóricas muy cristalizadas en los medios intelectuales de mediados del siglo XX, basadas en las corrientes ideológicas que tomaban como correcta la orientación de Josef Stalin (1879-1953) y, de manera alternativa, la de Mao Tse-Tung (1893-1976) (Mao y los maoístas, al contrario de lo que podría suponerse, siempre manifestaron inmensa simpatía y fidelidad al *Hombre del Kremlin*). Según Habermas (1990), tales concepciones dicen respecto a los sucesivos movimientos que vinieron a caracterizar y a componer el desarrollo de las sociedades, y los más relevantes, que tomaron el materialismo histórico como teoría y método, van a presentar de modo casi estático las relaciones de determinación base-superestructura y la evolución de las formaciones sociales, acabando por fijar cinco modos de producción sinérgicamente en línea de sucesión: 1) la comunidad primitiva; 2) el modo antiguo o esclavismo; 3) el modo feudal; 4) el capitalismo; 5) el socialismo. Estas fases ocurrieron como pase del devenir histórico inexorable en su determinación, siendo que solo la última expresaría su superioridad por disponer de una *teoría científica* del proletariado. Como dice Habermas:

La interpretación dogmática del esquema de la historia del género tiene en común con los esbozos de filosofía de la historia propios del siglo XVIII una serie de debilidades. *El curriculum* de la historia universal pasado hasta hoy –que muestra una sucesión de cinco o seis modos de producción– fija el desarrollo unilineal, necesario, ininterrumpido y ascendente de un macro-sujeto. (1990, p. 120)

Por el argumento anterior, el socialismo entonces significa sociedad científicamente guiada y construida. Tales categorías son isomorfas con las derivadas del concepto de ciencia positiva comtiana, también destinada a dirigir la sociedad.

Habermas se propone deconstruir tal fijeza a un mismo tiempo superando el economicismo que constriñe la relación base-superestructura y por la dialéctica que anima las formaciones sociales concretas. Entonces piensa que el materialismo histórico puede prescindir del presupuesto de un sujeto genérico (porque el sujeto es

ella, la sociedad con sus sujetos agregados); que es posible pensar en contingencia en lugar de necesidad, que coincide con el papel del azar; que hay separación entre lógica del desarrollo y dinámica del desarrollo, lo que indicaría la pertinencia de rupturas y procesos reversibles (como nos hemos acostumbrado a constatar desde la desintegración de la Unión Soviética) y que es posible prescindir del recurso a la teleología, ya que no estaría obligatoriamente indicada una finalidad en los procesos históricos (Habermas, 1990, pp. 121-122). Por eso, se observa también isomorfismo entre la clasificación ascendente de estos cinco modos de producción y la de las cinco etapas de la historia de la salud, haciéndolos corresponder: 1) mirada mágica–pueblos primitivos; 2) mirada empírica–sociedad antigua; 3) mirada empírica–sociedad medieval; 4) mirada científica–racionalidad de la sociedad capitalista autoritaria o no; 5) mirada social–salud pública guiada por la ciencia cuyo propósito es el bienestar del pueblo.

Ingenuamente, el intento del texto de 1988 fue el de evitar discursos centrados en la *ignorancia de las sociedades antiguas* y situar la conexión obligatoria entre fenómenos de tipo causal, es decir, “comprender aquello que hace que una cosa exista, aquello que determina un acontecimiento, el origen, el vínculo que correlaciona fenómenos y hace que uno o varios de ellos aparezcan como condición de existencia de otro”, pues decir de la causalidad no es lo mismo que decir del agente etiológico (Barata, 1997, p. 32). Seguramente, tal propósito no fue alcanzado. Sin embargo, es intrigante saber que cualquier referencia que se haga a la cuestión de la causalidad, uno de los tópicos de mayor relevancia para el discurso científico, no puede prescindir de los filósofos, comenzando por Aristóteles, lo que cuestiona la idea de la *ignorancia de los antiguos*.

Los dos últimos tópicos trataban de la causa de las enfermedades en la era industrial y la causa de las enfermedades en la época actual. En ellos se afirmaban los determinantes sociales de salud bajo la concepción ampliada de la determinación social del proceso salud-enfermedad. En ellos se criticaba a las teorías unicausales y exclusivamente biológicas de la salud y la enfermedad, y se enfatizaba la crítica a las concepciones ecológicas de la enfermedad humana. La dimensión ecológica en la época no tenía el carácter que frecuentemente se le da en la actualidad; antes, se trataba de la balanza de Gordon o de la tríada de Leavell & Clark, que Rita Barata (2005) denomina “modelos más o menos simplificados de multicausalidad” (p. 9) que en aquellos años gozaba de gran prestigio entre los sanitaristas. Así, de acuerdo con esta concepción:

...estar enfermo o saludable depende del equilibrio entre algunas variables agrupadas en tres categorías fundamentales: el agente (organismos infecciosos, agentes físicos, agentes químicos); el huésped (excesos y deficiencias dietéticas, edad, sexo, etc.) y el medio ambiente (temperatura, humedad, agua, alimentos, insectos vectores, condiciones económicas y socioculturales). En razón de las interacciones entre esas numerosas variables, el rompimiento

del equilibrio en favor de un agente causal llevaría al individuo o a la población a la condición de enfermo. (Hortale *et al.*, 1999)

El correspondiente en la odontología para tales simplificaciones se encuentra identificado en la Tríada de Keyes, que tiene la particularidad de sustituir al sujeto biológico (huésped) por el sujeto-diente en coherencia con la perspectiva político-social de las teorías odontológicas de proceder a la transposición de la categoría “individuo” por la de “elemento”, tal como expliqué en el ensayo sobre el fetiche de la caries dental (ver Capítulo 14 de este libro). Así sería natural que hubiera ocurrido y la escritura podría haber tomado esta dirección, pero no la tomó ni adoptó esa perspectiva.

Hay una curiosidad en la referencia hecha a las teorías de Lombroso. Recordaba haber leído algo sobre un tal Rosenberg acerca del eugenismo y la superioridad de los pueblos arios, que habrían funcionado como base “científica” para las prácticas de exterminio de los nazis. En la primera versión del texto hice esta anotación. Sin embargo, por más que busqué, no encontré la referencia de este autor ni a ninguna de sus obras, y por precaución, Rosenberg terminó siendo eliminado de la versión final. Los buscadores contemporáneos ayudan muchísimo en las búsquedas bibliográficas, y ahora las teorías de Alfred Rosenberg (1893-1946), uno de los más importantes ideólogos del partido nazi y consejero de Hitler, pueden ser añadidas a los comentarios que hice sobre Cesare Lombroso (1835-1909) en la composición del perfil de psicopatogenicidad de los pobres y de los “criminales natos”.

El último tópico preparaba el terreno para la explicación del nuevo concepto de salud bucal. Al enfatizar la relación entre la salud y la enfermedad como proceso y afirmar la preeminencia de los Determinantes Sociales en Salud, se hacía entonces a partir del campo teórico de la salud colectiva, con un fuerte atractivo de las ciencias sociales y humanas, que tal proposición sería realizada y *no como derivación de las teorías odontológicas*. Este punto es relevante si se discute la génesis de la salud bucal colectiva. Sin duda, personalmente hoy pongo bajo sospecha teórica —y sobre todo política— la relación placa-cepillo-sacarosa aun claramente marcada en el texto y la recurrencia a las concepciones exclusivamente biológicas; pero en general, se mantiene correcto en sus enunciados, incluso cuando se expresa torpemente en su *proletarismo gauche*:

Los trabajadores de bajos ingresos compensan la deficiencia calórica de su dieta con la ingestión de alimentos azucarados. Y esto ocurre también particularmente entre los niños y adolescentes hijos de estos trabajadores, pues la mayor parte de los alimentos que el salario permite comprar está destinada a los adultos productivos. (Botazzo, 1988)

La explicación de lo que sería esa salud bucal colectiva se inicia por el cuestionamiento de lo que se entendía en la época por odontología integral. En el contexto de las discusiones que animaban la Reforma Sanitaria y en el nacimiento de la Salud Colectiva como campo de prácticas (teóricas y políticas) emergieron nuevas perspectivas teóricas para la salud pública brasileña y latinoamericana, de las cuales las

más relevantes fueron medicina integral, medicina comunitaria y también medicina simplificada. El fondo era constituido por el concepto de medicina social originalmente formulado por Jules Guérin (1801-1866) en 1848 (Nunes, 1999). Todos estos abordajes fueron criticados y superados en el proceso histórico por el concepto de salud colectiva, cuyos contornos fueron presentados por Donnangelo (1983). Claro que los que criticaban la escasez de perspectivas teóricas en la odontología en Brasil y en América Latina también propusieron enfoques similares, con la ocurrencia de las calificaciones odontología social, odontología simplificada, odontología comunitaria, etc. Pero ninguna de estas proposiciones integraba en una única referencia teórica conceptos que superaran las fronteras disciplinares, tal como eran la medicina o la odontología, de modo de evitar la duplicación de abordajes teórico-prácticos, ya que mantenía la separación histórica entre una y otra. Es decir, incluso con la intención de *renovar, estas odontologías alternativas permanecían separadas como sistemas teóricos y operacionales*. De modo innovador, el texto muestra que salud bucal es una cosa y odontología es otra al afirmar que no todas las prácticas técnicas y sociales con repercusiones en el estado bucal de las personas son prácticas odontológicas. Si algunas actividades son realizadas por el cirujano-dentista exclusivamente,

...otras de ellas, sin embargo, no dependen ni son realizadas ni por el cirujano-dentista, THD o ACD³. La aplicación tópica de fluoruros, por ejemplo, es una actividad de prevención que puede ser realizada por cualquier miembro del equipo de salud bucal. Pero no depende de este equipo la fluoruración de las aguas de abastecimiento público. La primera actividad (aplicación tópica) es una actividad odontológica, pero la segunda (fluoruración del agua) no lo es, aunque ambas actividades estén relacionadas con la salud bucal. (Botazzo, 1988)

Más aún, el texto explicita por primera vez y de modo original lo que sería *asistencia* y lo que sería *atención* en salud bucal. Esta diferencia se encuentra hoy completamente incorporada en el vocabulario de cualquier profesional de los servicios públicos, pero en ese momento tenía el sabor de la novedad:

Dicho de otro modo, la práctica odontológica realiza la *asistencia* a la salud bucal de las personas. La acción *clínica* ocurre en los individuos, pues la enfermedad, aunque producida socialmente, está obligatoriamente localizada en un cuerpo biológico y no “en la sociedad”. Por eso es importante que sean organizados los sistemas de asistencia a las personas enfermas. (Botazzo, 1988)

[...] Aquí justamente está la esencia de la cuestión: la *asistencia odontológica* (o médica, etc.) a las personas comprende acciones clínicas y quirúrgicas restringidas, limitadas a la atención individual. Esta es la práctica odontológica. La *atención a la salud bucal* comprende, por otro lado, las actividades

³ THD, técnico en higiene dental; ACD, auxiliar de consultorio dental. En Brasil, hoy en día se denominan técnico en salud bucal (TSB) y auxiliar de salud bucal (ASB), respectivamente.

de asistencia individual, pero implica, además, acción sobre las causas de las enfermedades, sean estas de la naturaleza que sea (biológicas, sociales, económicas o políticas). (Botazzo, 1988)

Entonces emerge lo que sería la nueva denominación:

Estas acciones, situándose en un campo *extra-clínico*, están englobadas por prácticas de salud, ya no en el campo de la asistencia odontológica, sino en un campo que podríamos llamar *salud bucal colectiva*. (Botazzo, 1988)

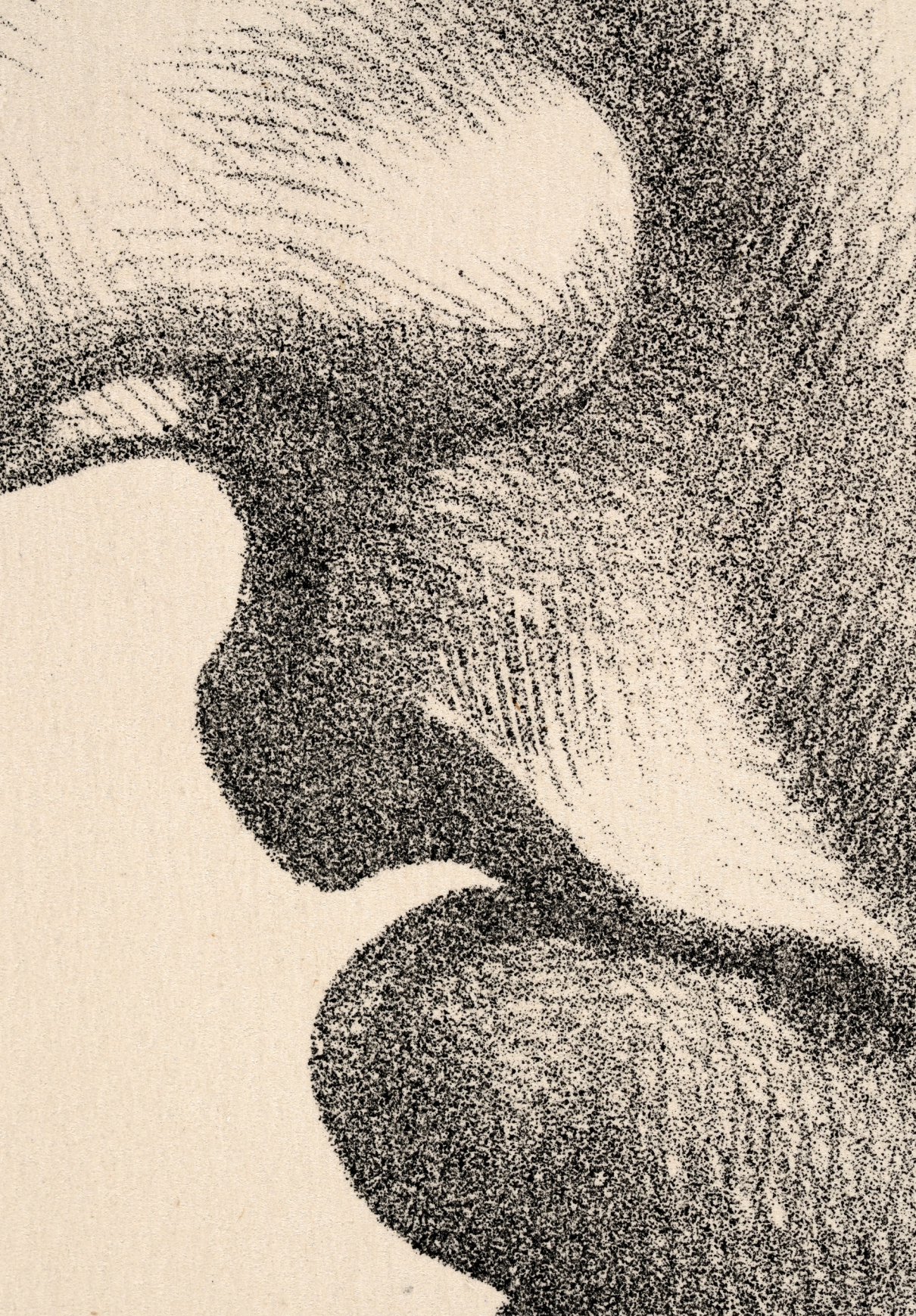
Finalmente, se justifica la denominación porque viene articulada y afirmada de modo político y en el nacimiento como siendo experiencia práctica:

Sería preferible, por lo tanto, si concordamos que el proceso salud/enfermedad está socialmente determinado, hablar de *prácticas de salud bucal* en lugar de práctica odontológica (integral o no), pues las acciones necesarias para el mantenimiento de la salud tienen como sujeto no solo a los profesionales del área (cirujano-dentista, THD o ACD) con sus prácticas clínicas limitadas, sino también a otros sujetos sociales desarrollando prácticas que, repercutiendo en la salud, no son prácticas clínicas. (Botazzo, 1988)

Y el texto finaliza con la perspectiva histórica de la transformación contenida en el enfoque de los determinantes sociales de salud:

...se puede afirmar que la manera más consecuente de ampliar los límites y las funciones sociales de la odontología sería la crítica a la explicación ecológica de la enfermedad y por extensión de su carácter ahistórico, biologizante e individual. La comprensión del proceso salud/enfermedad a partir de su determinación social tiene un potencial transformador muy grande. [...] es en torno a esa tarea de transformación que los profesionales de la salud bucal deben hoy posicionarse si pretenden desarrollar su acción profesional en el campo de la salud... (Botazzo, 1988)

Afortunadamente, para nosotros, la transformación de la realidad nunca termina ni se realiza por completo.



Capítulo 2

La salud bucal en las prácticas colectivas de salud

“El antropólogo Claude Lévi-Strauss detestó la Bahía de Guanabara
le pareció una boca desdentada
...lo cierto es loco tomar electroshock
lo cierto es saber que lo cierto es lo cierto”
Caetano Veloso, en *El extranjero*

Presentación de un objeto: La salud bucal colectiva

Al aceptar la invitación para participar en esta Comunicación Coordinada sobre programación en salud, bajo el 2° Congreso de ABRASCO y el 3° Congreso Paulista de Salud Pública, inicialmente pensé que debería hablar sobre *odontología*, aunque el tema sea *salud bucal*^{1,2}. Estas todavía se consideran sinónimos y, dado que esta actividad reúne a profesionales de la salud que en su mayoría no tienen familiaridad con el tema —salvo en la condición de *pacientes*— me pareció que lo más adecuado sería

¹ Este texto está basado en la presentación realizada en el 2° Congreso Brasileño de Salud Colectiva, promovido por la Asociación Brasileña de Salud Colectiva (ABRASCO), y celebrado en São Paulo en 1989. Fue publicado por primera vez por el Instituto de Salud en 1994, como monografía, junto con otro ensayo sobre grupos y colectivos en conflicto, inaugurando la serie *Tendencias y Perspectivas en Salud* y prologado por la Prof. Mary Jane Paris Spink (PUC-São Paulo) y republicado en *Diálogos sobre a boca* (Botazzo, 2013e).

² Tres cuestiones teóricas circunscriben este texto: a) el análisis de los datos de la la Encuesta Nacional de Salud Bucal, realizada por el Ministerio de Salud en 1986, donde, de manera inédita, se correlacionan aspectos de la realidad socioeconómica y la condición bucal; b) la idea de “boca desvinculada” o doble desvinculación; c) la perspectiva política de que la odontología debería disolverse en el torbellino del movimiento sanitario.

hablar sobre odontología: contar algo sobre patologías *dentales*, sobre odontología social o algo sobre la atención odontológica en el sector público³.

Sin embargo, decidí arriesgarme en otra dirección, ya que siento la extrema limitación que una aproximación exclusivamente odontológica impone en este contexto. Después de todo, las personas que asistieron a las sesiones todos estos días no lo hicieron pensando en escuchar relatos de casos clínicos —y la necesaria correlación entre patologías y agentes etiológicos— sino precisamente para politizar esa correlación y establecer los nexos sociales que la actual fase de las programaciones en salud en el Estado de São Paulo exige.

Este es el significado del cambio de dirección mencionado anteriormente, que exigirá un enfoque no clínico, es decir, un enfoque no odontológico del proceso salud/enfermedad bucal. Este también es el riesgo al que me referí, ya que debo trabajar teniendo en cuenta algunas limitaciones, entre las cuales se encuentran el tiempo y mi propia capacidad, traducida como una posibilidad teórica de llevar adelante esta tarea. Al optar por este camino, sin embargo, deberé hacerlo en dos movimientos cuyo desarrollo es más o menos simultáneo, aunque aquí se consideren por separado. El primero consiste en realizar la aproximación entre la odontología —y su objeto de trabajo explícito, la boca— y el conjunto de las prácticas de salud, la médica en particular, pero no exclusivamente. El segundo movimiento se refleja en la búsqueda de la superación del referente que sustenta el modelo hegemónico de práctica odontológica, en la construcción de otro referente que se ha denominado salud bucal colectiva, del cual deriva otra práctica. Establecer ese referente y esa otra práctica es el desafío que se presenta para el conjunto de los trabajadores de la salud, especialmente para los de salud bucal, un desafío que históricamente solo podrá ser resuelto en el ámbito de la salud colectiva.

Es a partir de este entendimiento que pienso ensayar un análisis de las relaciones entre la odontología y las ciencias de la salud, en particular la epidemiología y las ciencias sociales, superando los límites que circunscriben la disciplina dental en dirección al fortalecimiento de la perspectiva de la salud bucal colectiva.

La odontología como práctica social particular se constituyó al margen de la organización médica. En el momento histórico en que la medicina asume su posición hegemónica como práctica de salud sustentada por un saber científicamente elaborado y dotada de los instrumentos técnicos necesarios para una intervención

³ Estas primeras consideraciones pretenden señalar la existencia de un extrañamiento entre la odontología y las demás prácticas de salud, cuya manifestación se vuelve particularmente notable cuando entran en contacto, obligatoriamente, en los espacios colectivos donde se desarrollan actividades múltiples de atención a la salud, ya sea en unidades básicas o en hospitales. Parece que el cirujano-dentista es un participante activo en estas situaciones de manera poco frecuente, hasta el punto de despertar cierta atención cuando se verifica su presencia. Hay incluso una “arquitectura sanitaria” que distribuye y localiza las prácticas en la planta física de las unidades: el lugar de trabajo del dentista generalmente se sitúa junto a áreas con menor circulación de público. Así, se evita que los “ruidos del trabajo odontológico” (compresor, turbina de alta rotación y eventuales gemidos) causen mayores ansiedades a los usuarios y empleados. A lo largo del texto se encontrarán otras referencias a esta cuestión, pero creo que sobre ella debe recaer un análisis más cuidadoso.

socialmente más eficiente (Foucault, 1986; Gonçalves, 1986; Novaes, 1979; Rosen, 1980)⁴, este momento es también el de la constitución de la odontología como práctica específica, igualmente sustentada por un saber convertido en científico.

Hay una fuerte concordancia entre los autores en situar este momento en 1840, en Estados Unidos, particularmente en la fundación del *Baltimore College of Dental Surgery*, aunque 112 años antes Pierre Fauchard publicó su libro *Le chirurgien dentiste; ou, traité des dents*, que marca simultáneamente el lanzamiento de bases sistematizadas para el ejercicio de la profesión y la denominación de cirujano-dentista para quien la ejerce. Sin embargo, Fauchard no se preocupó por la organización de la profesión, fundamental para la constitución de la odontología como práctica específica, algo que, más allá de los avances técnico-científicos observados en la primera mitad del siglo XIX (nuevos materiales para dentaduras, nuevos modelos de fórceps, la introducción de la amalgama de plata en restauraciones y el uso de gases anestésicos en cirugía bucal), los estadounidenses llevaron a cabo. Así, casi al mismo tiempo que surge la primera publicación odontológica, el *American Journal of Dental Science*, en 1839, también surge la primera organización odontológica, la American Society of Dental Surgeons, en 1840, precursora de la American Dental Association, fundada en 1859 (Ring, 1985).

Si al inicio de esta presentación se manifestó la idea de la necesidad de acercar la odontología a las demás prácticas de salud como un primer movimiento, es porque parece que históricamente existe una desvinculación entre estas prácticas y la práctica de los dentistas, que debe entenderse como una doble desvinculación: primero, por el recorte que desplaza al paciente de su contexto social y, por otro lado, la desvinculación que debe ser analizada en el propio ámbito de las prácticas de salud.

La odontología, al hacer de la boca una abstracción, la desvincula del ser social, que pasa a ser considerado únicamente como expresión de su objeto y *comprendido* solo a partir de él. El ser en su concreción, como realidad social, con sus nexos sociales, es ignorado por la clínica odontológica. En esto reside su particularidad. Habiendo aprehendido “definitiva y verdaderamente su objeto” (Gonçalves, 1986, p. 78), para lograrlo, la odontología se organizó independientemente de las prácticas médicas que entonces se constituían. Desde el siglo XIX, la odontología se ejerce con una fuerte dosis de autonomía, siendo el dentista quien solo procesa la cura (al menos en teoría), la ciencia odontológica se basta a sí misma. Para establecer esta desvinculación, fue necesario hacer otro recorte, otra desvinculación, consecuencia de su organización independiente: al autonomizar su práctica, también autonomizó su objeto en relación al cuerpo biológico. Coherentemente, antes de que se constituyera la práctica de los especialistas en aparatos y órganos, la odontología ya había

⁴ Existe, por supuesto, un número mayor de estudios en esta línea. Estas referencias del original se han mantenido, señalando únicamente la pertinencia del tema en cuestión.

tomado la boca para sí, hegemonizando, monopolizando, exclusivizando. La boca solamente, se reitera⁵.

Antes de continuar, es necesario explicitar el entendimiento que se pretende al abordar la cuestión de la autonomía mencionada anteriormente (Donnangelo, 1975; Schraiber, 1989). La palabra autónomo se utiliza como sinónimo de liberal, es decir, un cierto modo de práctica social del dentista a partir de la cual sus servicios se ofrecen en el mercado, en contratos libremente establecidos entre el profesional y el consumidor. Dicho de otra manera, en esta relación el dentista es considerado como un productor social independiente. Precisamente a partir de esta apariencia de producción social independiente es que debe buscarse el entendimiento para la autonomización del trabajo odontológico, puesto que el significado que interesa para esta reflexión es que la autonomía que la práctica odontológica se otorga en realidad es concebida a partir de la exterioridad social de su organización, es decir, la odontología no se percibe como constituida en lo social, sino fuera de él. Por lo tanto, autonomía, aquí, se refiere no solo a la crítica al productor independiente, sino, fundamentalmente, a la representación de que esta producción, además de *independiente*, no está conectada a los procesos sociales de producción del conocimiento científico y tecnológico, a los cuales evidentemente se vincula.

La boca, sin embargo, sigue siendo el campo donde se cruzan otros saberes. No solo es un lugar de enfermedades, cuyo significado puede traducirse como pérdida y sufrimiento, sino también de pasión. Esta desvinculación puede contener otros significados y permite otras lecturas, incluidas una psicoanalítica⁶.

Fruto de intervenciones y procedimientos altamente tecnificados, la producción del cuidado odontológico se reduce a una mera “función técnica abstracta”. Arte, artesanía y práctica artesanal son calificativos habitualmente empleados. Fluyendo por dos amplias vertientes, la primera en el ámbito de la restauración protética y trabajando con los fenómenos mecánicos de la oclusión, y la segunda en el ámbito de la cirugía bucal, ambas vertientes refuerzan en el cirujano-dentista la idea de la invariabilidad de las enfermedades (y de los procedimientos), invariabilidad que debe extenderse a la comprensión de los nexos que deben establecerse entre las enfermedades y las condiciones materiales de existencia social: se puede decir, por ello, que la boca es también un “campo de invariantes cualitativas en el cual es posible explicar, para todas las situaciones históricas concretas, la ocurrencia de la normalidad y de la patología” (Gonçalves, 1986, p. 78).

De esto resultan algunas consecuencias prácticas. Primero, es necesario señalar que el orden médico aceptó esta desvinculación ocurrida en el campo de quienes

⁵ Esta posición respecto a la historia de la odontología se modificó con los estudios realizados posteriormente por el autor, como observamos particularmente en *El nacimiento de la odontología* (Botazzo, 2010). Así, la odontología no se constituyó antes de las especialidades médicas, sino en conjunto y en el mismo proceso, aunque, de hecho, en su emergencia, y tras una larga lucha política, haya llegado a separarse de la medicina.

⁶ Hay un “psicoanálisis bucal” propuesto por la escuela kleiniana argentina, desde el año 1950, y razonablemente desconocido entre nosotros. (Ver Aberastury, 1984; 1986; Monteiro & Botazzo, 1989; Botazzo & Gutreiman, 1986).

practican el *arte de curar*. En el consultorio, el médico le pide al paciente que abra la boca solo para inspeccionar desde la garganta hacia abajo. Creo que la mayor parte de los consultantes en una unidad de salud no tiene condiciones de identificar enfermedades bucales o, si lo hace, no es sustantivamente diferente de identificar que el paciente ya ha tenido o podría haber tenido una enfermedad. El médico no *ve* ninguna lesión, dado que no dispone de ninguna propuesta de intervención técnica organizada en su conocimiento y dirigida al *cavum*. Hay en este *no ver* un cierto desdén, un poco de envidia: eso es cosa de dentista, dicen. A los dentistas les gusta esto. Es la confirmación de que necesitan de su poder, que se ejerce también a través del lenguaje y, por consecuencia, implica un cierto monopolio de la información. Mientras la mayor parte de las prácticas de salud encuentra en el lenguaje médico su fuente común de expresión, el lenguaje odontológico es decididamente impenetrable no solo para los pacientes, sino también para otros profesionales de salud. El universo vocabulario que identifica alteraciones anatómofuncionales de la cavidad bucal y anexos, así como el que denomina procedimientos odontológicos, es indecifrible para los no iniciados.

Esto tiene sus ventajas, nuevamente. Aquellos que tienen dentistas bajo su orientación en las unidades de salud siempre quedan con la duda de si realmente han dañado cierta máquina o si, de hecho, no existe el material adecuado para realizar determinado procedimiento.

Este monopolio, esta excesiva autonomía localizada en la boca, no encuentra posibilidad de ser mantenida en el campo de la salud colectiva. Es razonable especular si esto se debe al hecho de que la práctica odontológica hegemónica es ambulatoria, lo que prescinde del papel que la estructura organizadora y civilizatoria del hospital juega en relación a la práctica de los médicos (Foucault, 1986). Hay una *zona gris* en la relación entre las prácticas respecto a algunas complicaciones que pueden surgir durante maniobras odontológicas, anestésicas y quirúrgicas, las cuales someten a los dentistas a un “estrés permanente y desgastante”, según Ricci, Bijella & Moraes (1989a, 1989b). En una investigación realizada con 420 cirujanos-dentistas en el estado de São Paulo, destinada a evaluar la capacidad de estos profesionales y los recursos que disponen frente a las emergencias médicas, estos autores concluyeron que las emergencias graves reportadas son preocupantes, que faltan condiciones técnicas y científicas que capaciten a la mayoría de estos cirujanos-dentistas para actuar en emergencias médicas y que en los consultorios odontológicos faltan las condiciones materiales para su uso en emergencias, “posibles y probables de ocurrir en el ejercicio de la profesión”⁷.

Eficaz en la mirada de las minorías que de ella se sirven, la odontología moderna ha perdido la modernidad de Fauchard, siendo hoy prisionera de un corporativismo rastafari. De cualquier modo, este monopolio debe ser entendido también como una autonomía que debe considerarse en relación con las tecnologías que utiliza al

⁷ Esto nos remite inmediatamente a la observación que revela, detrás de este riesgo médico que la intervención odontológica conlleva, el descuido con la parte sistémica del objeto.

realizar su trabajo, siendo el saber que moviliza esas tecnologías parte y expresión de dicha autonomía.

Romper este monopolio implica superar el referente teórico-metodológico que sustenta esta práctica, proponiendo simultáneamente la división técnica del trabajo odontológico y sustituyendo el trabajo individual del dentista por el de un equipo de salud bucal. También debe considerarse que los contenidos odontológicos no solo deben ser incorporados por otras prácticas de salud, sino también disolverse en la cotidianidad de las prácticas que se desarrollan en los espacios socialmente reconocidos. Esto no significa la desnaturalización de la odontología como práctica de salud específica. Significa, simplemente, acercarse a las otras prácticas, significa *perderse* en el torbellino del movimiento sanitario para encontrarse revitalizada, fertilizada por otros saberes y reaparecer ya no como odontología, sino como parte de la salud colectiva, dentro de la cual deberá ser operacionalizada la modernidad de su práctica.

Diagnóstico de necesidades

Las bocas también pueden ser vistas como un signo de clase, de estatus. La caries dental es la enfermedad del pobre, de las poblaciones periféricas urbanas y rurales, la marca estampada en las sonrisas proletarias. No es que estas no tengan otras enfermedades: pero es que, junto con la enfermedad periodontal, la caries compone muy bien el escenario de abandono en el que se encuentran. Hay, sin duda, una estética bucal popular, mostrando dientes apiñados, superficies proximales oscurecidas, encías inflamadas, residuos dentales a la vista. Sin embargo, una vez concluida la devastación, siempre hay la opción de recurrir a la prótesis, la dentadura estandarizada salida de las muflas de las clínicas *populares*. O se queda como está: “*ban-guela*”⁸, como suele decirse en Brasil.

Las personas, se imagina, no saben de la *importancia* de los dientes, cómo están *estructurados*, cuándo *nacen*, qué sucede cuando están con *caries*, cómo hacer *prevención*: es necesario informar, orientar, esclarecer siempre. Los resultados de este tipo de intervención son escasos y sesgados. El azúcar sigue presente en la dieta de las personas debido a su pobreza⁹; es imposible recomendar el uso de cepillo e hilo dental —las personas son pobres— o son personas que *no se preocupan por sí mismas*, que prefieren consumir otras mercancías en lugar de productos para la higiene bucal. Por lo tanto, el problema se plantea como externo a la odontología. Y tanto más difícil es trabajar con estos contenidos exteriores, contenidos no odontológicos, digamos así, cuánto se sabe de los inmensos problemas que la sociedad brasileña

⁸ Persona sin dientes, desdentada.

⁹ Falta que una antropología no se haya aún detenido a reflexionar sobre este tema particular, a saber, las relaciones disciplinarias entre odontología y nutrición. Hay una dietética en el discurso odontológico que urge comentar.

acumula. Ante una realidad *social y sanitaria dramática*, cuidar de los dientes puede no ser una prioridad.

No se tuvo la intención de parecer caricaturesco con el desarrollo de este razonamiento. De hecho, se reproduce con una frecuencia inquietante en las declaraciones de los dentistas de los servicios públicos. Y, en realidad, contiene una discriminación de clase. Los no ignorantes, los informados, aquellos que consumen, los que tienen *cultura odontológica*, es decir, que valoran la odontología, para esos pocos, la salud bucal es una prioridad ofrecida liberalmente en su plenitud tecnológica.

Pero esta no es una producción original de los dentistas. Es consecuencia de una cierta manera de concebir el proceso salud-enfermedad, de una determinada forma de mirar la sociedad, de una manera de organizar el cuidado odontológico, producido dentro de la práctica de los dentistas, lo que equivale a decir, producido dentro del saber odontológico. Este saber es fruto de la organicidad de la odontología en relación con las clases dominantes¹⁰, producido como ciencia oficial y reconocido por estas mismas clases, organicidad que, además, se refiere al aparato formador en su conjunto. Este saber señala la *limitación de recursos* y las *inmensas necesidades acumuladas* como justificaciones para la inhibición observada en el uso del arsenal diagnóstico-terapéutico de los dentistas al atender a la población, una inhibición que es de clase, con un fuerte carácter de clase. La tecnología del cuidado odontológico, entendida como “saber operante” (Gonçalves, 1986, p. 38), al enfrentarse con la cara social de un proceso cuya comprensión se le escapa, se reduce a su aparentemente única posibilidad básica, primaria, determinando de este modo el enfoque con el que se atenderá al paciente. Así, se confunden las necesidades odontológicas básicas de la población con la práctica básica que se considera capaz de realizar. No es, por lo tanto, accidental que la oferta de servicios odontológicos en el sector público conduzca a una práctica mutiladora. Sin duda, viniendo desde los tiempos del cirujano-barbero, lo más básico y primario en la actividad del dentista sería extraer dientes.

La odontología desea que la población asuma este discurso en la medida en que ella misma no puede hacerlo sin arriesgar su propia descalificación. Por lo tanto, es necesario descalificar al paciente. Es él quien no sabe o no quiere cuidarse, quien es pobre, desmotivado, que no valora sus dientes, que no tiene *cultura odontológica* (Santos *et al.*, 1981).

El paciente con su diagnóstico, descalificado, es el paciente mudo cuya historia no puede ser escuchada. Es necesario reflexionar un poco sobre esto, sobre las posibilidades de la atención colectiva, sobre cómo ciertas alteraciones anatómofuncionales

¹⁰ Pienso en reformular profundamente esta manera de ver. No es que no haya un poder, no es que no haya una dominación que deba ser discutida. Pero me viene a la mente que es necesario explicar dónde y de qué manera los burgueses dominantes se benefician de esta odontología.

se manifiestan en los individuos, y cómo ir más allá de lo biológico¹¹. En las actividades con grupos operativos, la palabra socialmente liberada permite reconstruir caminos. La mamadera nocturna¹², la succión anómala, el cepillado inadecuado, el consumo de sacarosa, el miedo al tratamiento, todo esto asume contornos diferentes a los que se presentan en los compendios.

Es necesario escuchar, sin embargo, pues el paciente es radical y es consecuente en su radicalidad. Existe un punto de vista, *una expectativa epidemiológica* que debe ser notada, traducida como inevitabilidad de la enfermedad, del dolor, de la mutilación. ¿No es cierto que el niño tendrá dos o tres abscesos agudos, igual número de abscesos cronificados y, hasta la completa exfoliación de la dentición decidua, algunos episodios de pulpitis? ¿El adulto no recorrerá un camino idéntico? Hay un saber construido en este discurso. El paciente sabe, en primer lugar, que la caries dental se manifiesta desde temprano y aumenta con la edad; en segundo lugar, que este proceso está vinculado a su condición de vida; en tercer lugar, que tiene altas posibilidades de alcanzar la edad adulta parcial o totalmente desdentado, y que necesitará de prótesis dental; en cuarto lugar, que la odontología técnicamente competente es cara y no está a su alcance; y, en quinto lugar, que la odontología que tiene a su disposición es de baja calidad.

Hay, es preciso decir, un conocimiento epidemiológico sobre la caries dental construido en el discurso popular. Aquí es donde se manifiesta la radicalidad y la consecuencia en relación con la práctica: en lugar de esperar la *evolución natural* de la enfermedad, el paciente prefiere interrumpir esa *evolución* en el presente, solicitando la extracción de sus dientes. Este es el discurso que debe ser descalificado, pues, si se asume, haría evidente la incompetencia epidemiológica de la odontología para promover el *bienestar bucal* de las personas, incompetencia que es también social y colectiva. La ciencia odontológica se considera neutral, aunque la práctica de los dentistas demuestra lo contrario. Más adelante retomaré este punto.

Esta descalificación se trabaja aún en la afirmación de que lo que el paciente sabe carece de sustentación científica. Parece necesario, entonces, desde un punto de vista epidemiológico, hacer científico el discurso del paciente.

En primer lugar, debe resaltarse que la práctica odontológica actual es accesible al 5% de la población, quienes consumen servicios odontológicos con regularidad; otro 15% consume servicios de manera irregular, quedando el resto, es decir, el 80%, sujeto a atendimientos eventuales o de urgencia. Según algunas estimaciones, el

¹¹ Esta formulación señala las posibilidades de organización del cuidado odontológico como una anamnesis colectiva (tomando esta referencia explícita que hace Márcio dos Santos Melo en la Presentación del libro de Giovani Berlinguer *La salud en las fábricas*), lugar de la palabra y de la escucha, lugar de la vinculación entre actores aparentemente opuestos. La atención en esta modalidad, con grupos de madres y gestantes en el CS-Escuela Samuel Barnsley Pessoa, entre 1985 y 1987, permitió por primera vez entrenar esa escucha y realizar ese ejercicio anamnésico.

¹² No solo el biberón nocturno, sino también el *dulce* que transita codificado de afecto, del padre que regresa del trabajo tarde en la noche y, en ejercicio de esa transitividad, deposita un chocolate bien cerca del rostro del pequeño querido (que lo devorará), confirmando así el deseo paterno (para horror de la profesión).

primer segmento contribuiría con el 88% de los ingresos financieros, mientras que el segundo sería responsable del 11%, y al tercer segmento le correspondería contribuir con un irrisorio 1% del total de los ingresos provenientes de la práctica de los dentistas (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 1987)¹³. Esto permite afirmar que las tecnologías utilizadas con estos segmentos son diferenciadas y lo son precisamente por su remuneración. También se puede decir que la odontología se ejerce de manera diferenciada según las clases sociales y las correspondientes posibilidades de consumo, llevándose a cabo en su plenitud como acto en aquellos segmentos que le agregan valor (Paixão, 1979; Córdón, 1986), posibilidad lejana de realizarse con el segmento quejoso que asiste a los centros de salud.

En segundo lugar, el relevamiento epidemiológico realizado en 1986 en 16 capitales brasileñas y publicado por el Ministerio de Salud brasileño (1988) permite algunas correlaciones entre el rango de ingresos de la población investigada y el índice CPO-D, el índice de sangrado gingival y las necesidades de prótesis total. Así:

- a) El 43,84% de los dientes en personas de 15 a 19 años con ingresos de hasta 2 salarios mínimos (SM) estaban cariados (C), valor que disminuía al 22,43% entre aquellos que ganaban 5 SM o más, es decir, disminuía a casi la mitad (Ministério da Saúde da Brasil, 1988, p. 63);
- b) El 26% de los dientes afectados por caries en personas de 15 a 19 años con ingresos de hasta 2 SM estaban obturados (O), valor que aumentaba al 67,89% entre los que ganaban 5 SM o más, es decir, un valor 2,6 veces mayor (Ministério da Saúde da Brasil, 1988, p. 63);
- c) Del mismo modo, el 30,12% de los dientes afectados por caries en personas de 15 a 19 años con ingresos de hasta 2 SM estaban perdidos (dientes extraídos más los que tienen extracción indicada), valor que disminuía al 9,67% entre los que ganaban 5 SM o más, en una relación 3 veces menor (Ministério da Saúde da Brasil, 1988, p. 63);
- d) Para el grupo de edad de 6 a 12 años, el 12,53% de los niños examinados fueron considerados libres de caries dental (CPO-D igual a cero) en familias con ingresos de hasta 2 SM, mientras que este valor es del 18,16% para los niños de familias con ingresos de 5 SM o más, aproximadamente un 50% mayor, por lo tanto (Ministério da Saúde da Brasil, 1988, p. 45);
- e) La suma de los factores C + Ei (extracción indicada) corresponde al 51,94% y al 24% de los dientes afectados por caries en personas de 15 a 19 años, respectivamente para 2 SM y 5 SM o más, indicando necesidad de cuidados en una relación 2 veces mayor para el grupo de menor ingreso (Ministério da Saúde da Brasil, 1988, p. 63);
- f) Las personas de 15 a 19 años que declararon haber recibido atención odontológica en el último año (al menos una consulta en los 365 días anteriores a la investigación) fueron el 49,96% y el 82,65% de los entrevistados, respectiva-

¹³ Estas correlaciones fueron calculadas durante la década de 1980 y 1990. Naturalmente, en la actualidad han cambiado.

mente para los mismos rangos de ingresos considerados (Ministério da Saúde da Brasil, 1988, p. 63);

- g) Para el mismo grupo de edad, el 20,48% de las personas con ingresos de hasta 2 SM presentaban encías sanas, porcentaje que alcanzaba el 34,23% para los que ganaban 5 SM o más; este mismo índice, cuando se mide en el grupo de edad de 50 a 59 años, mostraba valores de 0,95% y 2,28%, respectivamente para 2 SM y 5 SM; aun para este grupo de edad, el 55,30% de los exámenes de encía fueron considerados nulos (pérdida de dientes-índice) para quienes ganan hasta 2 SM, valor que disminuía al 39,20% entre los que ganaban 5 SM o más (Ministério da Saúde da Brasil, 1988, p. 81);
- h) De igual manera, el 77,93% de los entrevistados en el grupo de edad de 50 a 59 años necesitaban (o usaban) prótesis total, cuando ganaban hasta 2 SM, valor que disminuía al 65% entre los que ganaban 5 SM o más (Ministério da Saúde da Brasil, 1988, p. 115);
- i) Por último, las medias CPO-D, por grupo de edad, son:

EDAD	CPO-D
6 – 9	2,68
10 – 12	5,56
15 – 19	12,68
35 – 44	22,50
50 – 59	27,21

Dadas estas correlaciones, queda evidente la necesidad de nuevos estudios epidemiológicos sobre las enfermedades bucales en el ámbito de la salud bucal colectiva. De hecho, sería preciso conocer la situación epidemiológica bucal para las diferentes sociedades latinoamericanas, en los distintos países de nuestro continente, ya que aún persiste la idea de que las enfermedades bucales tienen un carácter “democrático”, es decir, común cuantitativamente a todas las clases sociales, idea elaborada y difundida por una epidemiología positivista existente en las escuelas de odontología —las brasileñas con certeza— y que se ha limitado, en la mayoría de los casos, a describir y contar algunas enfermedades bucales, reduciendo la explicación de los fenómenos sociales a modelos matemáticos. Sin duda, los datos relevados en las últimas décadas, en el marco de la Política Nacional de Salud Bucal de Brasil, afortunadamente han introducido aspectos relacionados con las condiciones sociales, en busca de nuevas correlaciones de causalidad.

Debe añadirse, respecto a esta encuesta de 1986, que, metodológicamente, la introducción de una diferenciación por rango de ingresos, con foco en los niveles de ingresos, ya permitía observar discrepancias evidentes. Sin embargo, deben realizarse nuevas investigaciones no solo con una mayor amplitud de rangos salariales,

sino también incluyendo ocupación, origen, lugar de residencia y prácticas alimentarias y, principalmente, comparando con otros indicadores sociales y de salud.

Por otro lado, si se admite la hipótesis de la producción social de la enfermedad por la observación de valores cuantitativos desigualmente distribuidos entre las clases sociales, de igual modo es lícito suponer que las medidas profilácticas producen efectos desiguales sobre las personas, como sería el caso de la fluoración del agua del abastecimiento público. Así, acciones de naturaleza colectiva, como esta de la fluoración, deberían producir reducciones mayores en los grupos que ganan “5 SM o más” y reducciones menores entre los que ganan hasta “2 SM”, como indica la tendencia observada para el porcentaje de niños exentos de caries en estos rangos de ingreso. Parece, a todas luces, que la *historia natural* de la caries dental es más *natural* entre aquellos que logran masticar hasta 130 dólares al mes¹⁴. De este modo, se agrega cientificidad al discurso del paciente.

La organización de los servicios odontológicos

Es necesario dar un significado político a los datos e indicadores de salud bucal; es necesario politizar la relación entre las expresiones numéricas y la realidad social.

No es que la odontología no haya politizado esta relación. Pero lo hace precisamente a través de la negación de los contenidos políticos de su práctica, afirmando la neutralidad de su ciencia. Al percibirse como existiendo independiente y exterior a la sociedad, la profesión se organiza en torno a técnicas de intervención, técnicas de trabajo dirigidas a esa misma sociedad. El trabajo odontológico, entendido como un fenómeno abstracto, como un acto tecnificado¹⁵, se vuelve posible de realizar solo con los grupos sociales que tienen el poder de compra suficiente para darle concreción. Desde esta perspectiva, el sector público es el lugar de la atención *sanitaria* de los pobres, donde la odontología encuentra un campo para ejercer lo que considera su *función social*, reducida en la mayoría de los programas a una práctica caritativa y asistencialista. La atención al *careciente* es también sinónimo de odontología social, exigiendo dedicación y desprendimiento de quienes la practican. Auto-nomizada, sin percibirse como una práctica insertada en un sistema de salud, ni referenciada a un conjunto de valores sociales —sería indeterminada, por tanto— la

¹⁴ El salario mínimo brasileño era, aproximadamente, de 65 dólares según el cambio oficial de la última semana de septiembre de 1986. Los relevamientos realizados en Brasil por la Política Nacional de Salud Bucal (Brasil Sorridente) en 2003 y 2010 incorporaron condiciones sociales como parte relevante de la metodología utilizada, permitiendo la confirmación de estas correlaciones iniciales.

¹⁵ “La medicina [...] puede ser vista como práctica técnica, es decir, como la manipulación de un conjunto de instrumentos técnicos y científicos para producir una acción transformadora sobre determinados objetos” (Donnangelo & Pereira, 1976, p. 15 y ss). Es desde esta visión y pensando en las divisiones entre prácticas sociales y prácticas técnicas que el acto odontológico, como acto tecnificado, está siendo discutido.

odontología opera a través del sector público su decisión política al proponer cuáles son las necesidades básicas que deben ser satisfechas. El cuidado odontológico sufre un abrupto encogimiento cuando se trata de aplicarlo a las amplias masas, ya que en ese contexto las posibilidades de ser apropiado como mercancía son más escasas. Este es el significado fundamental que debe buscarse en la crítica a la reproducción del modelo privado en el sector público.

Veamos cómo aún se concibe la organización de los servicios públicos odontológicos, primero por el criterio del establecimiento de prioridades y grupos etarios en riesgo, y en segundo lugar, por la asignación de cierta tecnología odontológica a estas clientelas determinadas.

Primero, es necesario decir que no hay evidencias epidemiológicas que indiquen que los individuos en el rango de edad de 6 a 12 años sean más susceptibles a la caries que individuos de otras edades. Es cierto que en el esmalte de los dientes recién erupcionados existe una mayor inestabilidad química, lo que favorece la desmineralización por la acción de ácidos metabolizados por bacterias del género estreptococo en particular. Sin embargo, a la idea de una mayor susceptibilidad para este grupo etario deberían corresponder curvas diferentes a las observadas. En esta hipótesis, el CPO-D medio debería estabilizarse después de estas edades y la completa erupción de la dentición permanente, con los grupos etarios superiores mostrando valores no muy discrepantes; o, por el contrario, los valores medios del CPO-D para los 12 años deberían ser más elevados. No es esto lo que se observa, sin embargo; es decir, si se considera la caries dental como un fenómeno socialmente producido —y los datos del levantamiento nacional indican eso— y se considera que la enfermedad presenta un desarrollo creciente en extensión y sus secuelas a lo largo de la vida, el riesgo no es más que una abstracción si se toma exclusivamente como posibilidad biológica. Según la opinión de Moraes (1988), “...puede ser verdadera [la susceptibilidad] desde el punto de vista histológico, bioquímico o microbiológico, pero no es verdadera desde el punto de vista del fenómeno globalmente considerado”. De hecho, para las poblaciones de bajos ingresos, el riesgo cesa cuando ya no hay más dientes que destruir. ¡Extraña enfermedad esta que se niega por la negación de la parte humana que parasita!

Es correcto afirmar, sin embargo, que un niño de 6 años puede tener menos necesidades acumuladas —quiero decir, tener *menos* enfermedades— que otro de 12 años. Pero también es correcto afirmar que los niños de edades menores padecen de los mismos males, al igual que individuos de edades superiores. La odontología, sin embargo, en términos de salud “pública”, propone la priorización de los escolares para recibir algún cuidado, y esta se ha convertido en una clientela preferencial en los servicios públicos odontológicos (Botazzo *et al.*, 1995). Existen, no obstante, evidencias de que la producción de caries dental puede ser altamente inhibida cuando el niño recibe atención en sus necesidades odontológicas lo más temprano posible (Londrina, 1987; Santos, 1984)¹⁶, así como también hay evidencias de que los niños mayores de 12 años presentan CPO-D similares, hayan sido atendidos

¹⁶ Hay una cariología que hoy penetra lo materno-infantil, ayudando a encubrir la acumulación de enfermedades bucales en el conjunto de la población, especialmente en los trabajadores.

anteriormente o no a través del sistema denominado incremental (Corrêa, 1985; Martildes *et al.*, 1992a; Martildes *et al.*, 1992b). La odontología justifica esta propuesta bajo el argumento de que la población escolar constituye una clientela cautiva, es decir, disponible en un espacio social delimitado, durante cierto período de tiempo y susceptible de ser manipulada, lo que permite un abordaje clínico en la medida en que presenta actividad intelectual que facilita la comprensión de los procedimientos técnicos de esa atención.

Así, además de estar disponible en forma de demanda disciplinada, el escolar puede comprender *científicamente* la odontología, aceptar el tratamiento y además formar hábitos *saludables*. Estas dos características —la demanda disciplinada y la capacidad del paciente de comprender— están ausentes cuando se trata del pre-escolar o están de alguna manera ausentes, incluso en el caso de los adultos. Si la población de 6 a 12 años está, de hecho, ubicada en la escuela, esa es una cuestión que la odontología no plantea. Sin embargo, no se trata de atender a toda la población escolar, sino a partes de esta población, clasificándola en grupos con atributos propios, que serán considerados aptos o no para recibir tratamiento. Así, se propone la organización de grupos obligatorios para el tratamiento inicial (1ª serie o 7 años de edad) y grupos de mantenimiento (seguimiento) en los años futuros para aquellos que recibieron tratamiento. Los escolares sanos o que presentaron un CPO-D igual o menor a 1 (enfermos “solo un poco”) no son incluidos en el sistema (Chaves, 1986). El reduccionismo curativista de la propuesta es evidente.

De este modo, se hace más claro el recorte que la odontología opera: sintiéndose imposibilitada de ejercer su plena capacidad tecnológica para el conjunto de la población —la mayoría de la población económicamente activa consume servicios odontológicos de manera precaria y, por lo tanto, genera poco capital— debe, sin embargo, devolver a la comunidad un poco de su excedente. Así, su práctica *social*, es decir, comunitaria (pero no colectiva), se percibe como una relación de ayuda humanitaria, siendo la mayor parte de las veces un puente dirigido hacia el hijo del menos favorecido, lo que está en consonancia con el pensamiento sanitario elaborado en los años previos a la II Guerra Mundial y que encuentra en la escuela un punto de contacto con cierta pedagogía conservadora y burocrática.

También debe considerarse, respecto a esta priorización, que aparentemente favorece el desarrollo de contenidos odontológicos explícitos que, tomados desde su perspectiva individual-biológica, se volverían ejecutables con la simple ubicación del dentista en la escuela¹⁷.

Por el contrario, se supone que los contenidos no odontológicos, es decir, no clínicos, están fuertemente presentes cuando se trata de orientar la atención hacia otros segmentos de la población. Sin embargo, los determinantes del proceso

¹⁷ La insistencia en la figura del “dentista en la escuela” es contemporánea a la del psicólogo escolar, el pediatra escolar, etc. Esta queja era muy frecuente en las palabras de los grupos y, en cierto sentido, persiste aún hoy. Parece que el desplazamiento de los profesionales de la salud del espacio escolar eliminaría la marca que ha caracterizado la atención al escolar en las últimas décadas, como parte importante de un enfoque de puericultura.

salud-enfermedad que se originan en el modo de vivir y trabajar de los grupos y clases sociales siempre emergen como *problemas* socioeconómicos, culturales, de nutrición, de educación, político-partidistas, etc.

Estos *problemas* evidentemente emergen y se manifiestan también en el sistema educacional, pesando como un flagelo sobre la odontología dirigida al escolar y limitando sus posibilidades de intervención. Los fracasos en este campo no son casualmente atribuibles a los elementos de exterioridad de la práctica odontológica: desinterés de los administradores públicos, de los políticos, de los padres, de las autoridades educativas y de salud, huelgas de los trabajadores del sector, etc., etc., etc. Es decir, son estos contenidos no odontológicos —que se expresan como conflictos sociales— los que *interfieren* en gran medida con el trabajo del dentista y obstaculizan la realización plena de las programaciones.

Y de este modo, dado que los conflictos sociales no obedecen a voluntades corporativas, el grupo social que es la razón de ser de la odontología se convierte en una demanda espontánea, lo que permite explicar las observaciones recientes sobre la ineficacia de la atención por parte del sistema incremental en sus diversas modalidades (Martildes, 1992b). Pero, precisamente, es que imbricados a esos contenidos no odontológicos deben desarrollarse acciones de naturaleza colectiva (educación para la salud, prevención, etc.), para las cuales las tecnologías odontológicas se han mostrado incompetentes en la medida en que la odontología no comprende la constitución social de su objeto.

Es necesario investigar mejor estos aspectos, sin embargo. La propia reorientación del modelo asistencial en salud bucal propuesta a nivel del Sistema Unificado y Descentralizado de Salud (SUDS-SP), precursor del SUS, aún contiene elementos de las antiguas programaciones (São Paulo, 1989; Toledo, 1991; 1994)¹⁸, con la clásica definición de grupos prioritarios y rangos de riesgo, lo que ha llevado a la “dentalización” de los programas en salud bucal en casi la totalidad de los municipios paulistas. No es una exageración afirmar que la priorización del escolar es solo una expresión de una acomodación administrativa en la organización de los servicios públicos odontológicos.

En segundo lugar, y exactamente en función de lo que se ha dicho, debe discutirse mejor la cuestión de las tecnologías odontológicas puestas a disposición del sector público. La inhibición en el uso del arsenal diagnóstico-terapéutico del dentista no es, de hecho, accidental, sino que expresa una apropiación tecnológica especialmente dirigida a su clientela priorizada, lo cual se manifiesta en la organización de los sistemas de trabajo y atención.

Aliviar el sufrimiento humano atendiendo la urgencia —sin importar, entonces, cuál sea el grupo etario y, por lo general, a través de prácticas mutiladoras— y colocar al niño como su prioridad, constituye el objetivo de la práctica odontológica. En ambos casos, se propone la realización de procedimientos con baja densidad tecnológica, y en ello se reduce el cuidado al paciente, a su posibilidad técnica. De este

¹⁸ Se han propuesto e implementado procedimientos colectivos en cientos de sistemas locales de salud en el estado de São Paulo y en Brasil desde 1991.

modo, no es la resolución de la enfermedad presumida lo que interesa, sino aquello que la odontología afirma poder hacer. En esta circunstancia, por lo tanto, no es el cuadro nosológico el que orienta el grado de complejidad tecnológica del cuidado, sino que, por el contrario, *es una voluntad odontológica la que guía el corte en su alcance*. No se puede negar, esta voluntad es política.

Los aspectos sociales y técnicos de la realidad deben ser entendidos como lados de una misma moneda: uno no puede ser abordado sin el otro. Por *aspectos sociales* se pueden entender los hechos sociales, las múltiples e infinitas posibilidades de relaciones que se establecen entre los hombres al vivir en sociedad, entre los grupos y clases sociales que la componen, y a partir de las cuales se produce prácticamente todo lo que conocemos, desde la riqueza material hasta los aspectos más subjetivos del comportamiento humano. En este sentido, cualquier actividad odontológica se expresa como actividad social, independientemente del lugar donde se lleve a cabo, siendo también expresión de lo social sus tecnologías. Estas incorporan trabajo humano —trabajos sociales, por lo tanto— en relaciones sociales de producciones bien establecidas.

Para el sentido común odontológico, sin embargo, lo social es algo que queda allá lejos, distante, generalmente entre la población de bajos ingresos para la cual, por supuesto, debe existir una odontología “social”. Para esta odontología “social” o “pública”, es aceptable indicar un procedimiento quirúrgico que causaría escándalo entre grupos sociales de ingresos altos; por ejemplo, realizar una exodoncia en lugar de un tratamiento endodóntico, si hubiera indicación clínica para ello. En este caso, *el criterio que orienta la opción entre el fórceps y el extirpa-nervios no es epidemiológico, sino político*, a través del cual se ejerce una voluntad odontológica¹⁹. Existe un saber vinculado a esta voluntad y es en este saber donde se encuentran las técnicas y los métodos de intervención que la odontología organiza en sistemas de trabajo y atención. Mientras la odontología *social* discrimina su población objetivo, la odontología *preventiva* organiza métodos y aplica técnicas dirigidas a esa misma población, sin importar en qué condiciones materiales viva dicha población.

Situar la práctica odontológica en el campo de la salud colectiva significa llevar a cabo una ruptura conceptual y metodológica con los marcos establecidos, ruptura que debe darse en la crítica al saber odontológico y en la superación de sus instrumentos de trabajo. Pero el campo de la salud colectiva no es un campo cualquiera; es el espacio donde la práctica odontológica debe asumir su vinculación con otros saberes y prácticas sociales, y en el cual deben emerger nuevas tecnologías.

Como proyecto histórico, el objeto de trabajo de la salud *bucal* colectiva no es el mismo que el objeto de la práctica odontológica —haciendo aquí una analogía con la cuestión del trabajo médico— como se ve en Gonçalves (1990) ni ambas prácticas

¹⁹ El fórceps odontológico, cuya concepción como herramienta es la misma que la de otros fórceps, es un instrumento quirúrgico necesario para realizar la exodoncia, es decir, la extracción dental. Por otro lado, el extirpa-nervios es una microsonda, con pequeñas hastículas en su punta activa, utilizada para remover quirúrgicamente la pulpa radicular, en procedimientos descritos como conservadores. En la actualidad, esta maniobra endodóntica se realiza con el uso de limas y alargadores de conductos radiculares.

están sustentadas por la misma ciencia. Dicho de otra manera, se puede afirmar que el objeto explícito del trabajo odontológico son los dientes (parte del cuerpo biológico) para los cuales se organizan tecnologías que buscan restablecer el equilibrio funcional del individuo, mientras que la salud *bucal* colectiva debe orientarse hacia lo social como el lugar de producción de las enfermedades bucales y ahí organizar tecnologías que busquen no la “cura” del paciente —en esa relación individual-biológica ya mencionada— sino la disminución y el control de los procesos mórbidos considerados en su dimensión colectiva. En esta dirección, el concepto de tratamiento completado (TC) necesita ser repensado²⁰. Si el TC se entiende como alta, como la cura del paciente, la “reducción” de las necesidades acumuladas, debe ser entonces reformulado. No tiene sentido “curar” a un paciente hoy, quien demandará “curas” sucesivas, si entendemos que el riesgo de enfermar es social y no biológico. No se pretende negar la evidencia de que las personas necesitan ayuda del especialista ante sus carencias, sino simplemente señalar un cambio en el enfoque del problema. Esta es la dirección que las tecnologías en salud bucal deben tomar, y en este sentido, cuanto menos odontológicos sean sus contenidos, más consecuentes serán. La salud “bucal” colectiva, por lo tanto, no niega la especificidad de la odontología como práctica de salud. Se considera que, al abrirse a otros saberes e incorporar otras prácticas a la suya —y simultáneamente ser incorporada por otras prácticas— la práctica odontológica dejará de ser el campo restringido y exclusivo de intervención del cirujano-dentista.

Para ello, es necesario reducir la excesiva autonomía del dentista en el proceso de cuidado. Esto se traduce en la necesaria e inicial división técnica del trabajo odontológico, a través de la incorporación de personal auxiliar calificado para asumir partes de la atención, en entornos de trabajo compatibles con la división propuesta. En estos espacios, se altera incluso la disposición de los cuerpos. El paciente en decúbito pasa a tener una disposición diferente de la usualmente conocida y, por referencia, lo mismo ocurre con el operador. Se trata, en realidad, de un alejamiento, de una superación histórica en la ubicación de estos cuerpos en el escenario de la práctica: la silla del cirujano-barbero debe ser reemplazada por la cama clínica odontológica²¹.

Esta manera de interpretar el escenario donde se desarrolla la práctica no es idéntica a lo que propone una ergonomía que racionaliza los instrumentos y la

²⁰ El tratamiento completado (TC) era la unidad de remuneración del antiguo Instituto Nacional de Asistencia Médica de la Previdencia Social (INAMPS), y siempre se entendió como el momento del alta del paciente, algo que ha formado parte de la cultura odontológica. Siendo la forma en que la odontología sabía operar, a partir de su vertiente puericultora, el exagerado acúmulo de necesidades inviabilizaba la misma modalidad de atención para adultos. Este tipo de bloqueo se plantea frecuentemente como un límite para la inclusión de otras clientelas bajo la asistencia odontológica en el sector público.

²¹ En la posición clásicamente conocida, el paciente está sentado con la columna y los muslos formando un ángulo recto, mientras que el dentista está de pie, al frente y a la izquierda; ahora el paciente está en decúbito completo, con el dentista sentado en posición retro. Hay quienes sostienen que esta es una disposición primate, observando el comportamiento social de los monos en cautiverio. Parece que, en sus actividades de sociabilidad bucal, esta sería la posición adoptada por estos seres al cuidarse mutuamente (McGrew & Tutin, 1972).

fuerza de trabajo odontológicos, tarea bastante significativa si tomamos en cuenta las prácticas fragmentadas aún vigentes. En este escenario, sin embargo, se encuentran algunos de los sujetos sociales que podrán llevar a cabo la transformación de la práctica odontológica más allá de la simple disposición de sus elementos físicos.

Capítulo 3

La emergencia de la clínica odontológica

Introducción

Este capítulo¹ pretende discutir algunos aspectos que se encuentran en la constitución de la práctica odontológica, tomando como referencia los instrumentos de análisis proporcionados por la arqueología foucaultiana y la correlacionada noción de *epistemē*, en las que se cuestionan los discursos quirúrgicos del siglo XVIII, especialmente el libro de Pierre Fauchard, *Le chirurgien dentiste ou traité des dents*. Este nos permite captar el arte dental como una de las artes de curar claramente delimitada como especialidad quirúrgica; expresa la apropiación tecnológica de la época; revela su estructura clasificatoria y las ideas de patogénesis entonces en boga. Permite finalmente evidenciar la falta de correspondencia entre ver y decir, o sea, que aquello que se dice o percibe en el siglo XVIII no se correlaciona con las estructuras anatómicas a las cuales se refiere y la respectiva localización de la enfermedad en ellas.

Pensar las relaciones entre odontología y sociedad desde una perspectiva histórica implica más que simplemente correlacionar eventos a partir de un eje temporal-espacial. El problema no sería tanto el de una forzada sincronía en la que frecuentemente se basan estudios de esta naturaleza, sino más bien que en la mayor parte de estos estudios esos eventos son correlacionados y encajados a partir de esquemas explicativos establecidos *a priori*, conforme encontramos en algunas referencias clásicas (Chaves, 1986; Pinto, 1989; Santos, 1977).

Se encuentran otros ejemplos fuera de la historia de la medicina. En la investigación socio-económica es común el encuadramiento de las formaciones sociales y de los modos de producción a ellas asociados como etapas cumulativo-evolutivas vistas como sucesión lineal de cinco etapas o modos de producción más o menos congelados. Estando listo el cuadro, la investigación frecuentemente se resume en encajar determinados acontecimientos en los esquemas prefijados (Gorender, 1979).

Tal modo de interpretar la historia, y aquí la historia de la odontología, produce reiteraciones que se han tornado familiares, un *habitus* propiamente dicho para usar

¹ Publicado por primera vez en *Unidade básica de saúde: A porta do sistema revisitada* (Botazzo, 1999b).

una expresión conocida, la cual enfatiza la dimensión de un aprendizaje pasado (Ortiz, 1983; Bourdieu, 1983). El empobrecimiento del análisis por esta vía es evidente. Las sucesivas reiteraciones producen como efecto la alta previsibilidad de la información. En el caso de la odontología, dos cristalizaciones marcantes a saber: su origen a partir de la práctica de los barberos y la reiteración del nombre de Pierre Fauchard como el *padre* de la odontología científica moderna. Así, la especialidad es vista como en continuo deslizamiento por entre etapas evolutivas y, al alcanzar la última, asume su mayoría de edad, su *technè* superior inscribiéndose entre las disciplinas científicas.

Ese modo de interpretar no tendría grandes complicaciones si la historia pudiera ser explicada justo por su contención en esos compartimentos, haciendo innecesaria la idea de investigaciones más fecundas o innovadoras. Sin embargo, investigaciones en este campo vienen siendo realizadas y nuevos problemas han sido considerados. En esta dirección, se puede pensar el recorrido de la odontología por el entramado técnico y tecnológico que implementa (Novaes, 1998) o, sin alcanzar la vertiente de una sociología de las profesiones, pensarla como una práctica social específica que, en su modo de funcionamiento, reproduciría la estructura de clases (Lyda, 1998).

Otros estudios describen el problema desde una perspectiva socio-histórica. Nettleton (1988), en un artículo instigante, sitúa parte del movimiento que habría conducido al reconocimiento estatal de la profesión, admitiendo desde el inicio que la historia de la odontología se ofrece al investigador como un rompecabezas sociológico. Esa misma autora sugiere puntos de anclaje para una investigación historiográfica en otras bases, comentando además que los estudios han privilegiado aspectos de la práctica odontológica sin mayores consideraciones hacia el objeto del conocimiento odontológico; el objeto de la odontología desaparecería en esos análisis, ya que el propio conocimiento y su objeto no son problemáticos, conforme ella misma señala (Nettleton, 1988, p. 158).

O sea, tendríamos en este caso que admitir que una historia de la odontología viene siendo producida sin que los historiadores sientan la necesidad de cuestionar su fundamento, lo cual nos parece inverosímil, visto que se trata de una práctica social y, más aún, que no hay práctica que subsista sin que a ella se conecte un objeto de trabajo. De este modo, asume relevancia la crítica de la narrativa en la perspectiva señalada, es decir, la del privilegio de personajes y eventos dispuestos linealmente, confirmándose al final del recorrido lo que ya era conocido anteriormente. La odontología sería así, y siempre, una práctica desde sus comienzos marcada por el origen humilde, progresivamente avanzando por entre las disciplinas técnicas y científicas, progreso que en nada se diferenciaría del progreso general de la razón y la ciencia (Lerman, 1964; Ring, 1989; Oliveira, 1991).

Al interrogar la experiencia de la clínica odontológica en lo que ella es por su discurso, el investigador puede encontrarse con algunos hechos que carecen de explicación más convincente. Se podría admitir que la odontología conforma verdaderamente una especialidad de la medicina si recordamos que los procedimientos clínicos de la primera se encuentran definidos o contenidos por la segunda, particularmente los procedimientos diagnósticos y los principios quirúrgicos. No obstante,

las similitudes se detendrían ahí, constituyéndose la odontología en una actividad específica que sustentaría cómodamente su existencia separada.

Tomando como referencia la línea discursiva que encontramos en *Vigilar y Castigar* de M. Foucault, Nettleton afirma en este punto que la odontología se constituyó el día en que los barberos y practicantes de varios tipos lograron unir esfuerzos políticos para imponer el reconocimiento de su práctica, el día en que bocas y dientes fueron vistos, es decir, *percibidos de una cierta manera* y que se estructuró con base en su categoría central, la prevención, y que por esta vía pasó a ejercer técnicas de control sobre la cavidad bucal, técnicas que habrían organizado o sido la condición de posibilidad para el conocimiento sobre la boca (Nettleton, 1988, p. 159).

Decir que las técnicas de control *bucal* son las que conducen a la odontología a producir un conocimiento sobre la boca es enunciar una verdad, sin duda, pero es una verdad que puede ser argüida. Parece que esas técnicas odontológicas de control serían manifestaciones particulares de los grandes desplazamientos que condujeron a la sociedad como un todo a formas completamente nuevas de escrutinio, el gran encarcelamiento que se reproduce estructuralmente en la escuela, en el cuartel, en la prisión, en el hospital, en el manicomio y en la fábrica, todos contemporáneos del capitalismo y la modernidad (Foucault, 1991). En estos lugares, la medicina tiene su relevancia, y justo porque tuvo que producir, desde el amanecer de su devenir histórico, un conocimiento sobre el cuerpo que sustentara no solo sus prácticas específicas, sino que además diera legitimidad a prácticas sociales exteriores a su campo. Son en estos imbricamientos sociedad-medicina donde emergen los discursos sobre lo normal y lo patológico y son por medio de ellos, y atravesándolos, que todos los poderes, en su ejercicio, se tornaron efectivos. Así, todos los *peligros públicos*, esos que emanan del proletariado, son tomados en esta esfera y regulados y socialmente conjurados. Es en esta específica correlación donde puede ser vista la salud pública: ¿no sería ella una de las formas de conjura de esos peligros?

Medicina y sociedad-medicina y salud pública cierran uno de los circuitos. Retornemos sobre nuestros pasos y constituyamos el par odontología y sociedad-odontología y salud pública y veamos si los términos hasta ahora aplicados se confirman. ¿Qué peligro público habría en la boca de los hombres que la odontología debería conjurar permanentemente? Separada como está en su propio sistema, ¿de dónde retiraría el sustento para sus prácticas y qué demandas colectivas la habrían impulsado en la dirección del conocimiento dental que terminó produciendo? Y de una *normalidad dental*, ¿se podría decir algo, no esa normalidad que pasa por la conciencia del enfermo, sino la que antes haya estado en la conciencia del dentista? No que las técnicas de control no hayan propiciado un conocimiento sobre la boca. Pero es que ese conocimiento, y a pesar de que no sea exactamente bucal, asume su faceta pública proponiendo un simulacro —dividido— de sociedad y de hombre que es el hombre que puede ser recuperado en su discurso preventivista y que ya no es el mismo hombre que recuperamos en su discurso protético. Una misma técnica en actuación, dos productos diferentes, tres aprendizajes distintos.

Por eso no se podría rechazar la fidelidad a estas posiciones si pudieran ser confrontadas con pruebas documentales y confirmadas en sus expectativas. Al contrario,

y este es el objetivo de este capítulo, se procurará demostrar que el conocimiento sobre bocas y dientes se constituyó antes y fuera del ámbito de la práctica de esos “barberos”; que estos, a finales del siglo XIX, se nuclearon en un movimiento corporativo que condujo a la separación simultáneamente de la medicina y de la cirugía; que la nueva práctica es una biopolítica y en este sentido se inscribe en el esfuerzo general de control sobre la masa de los trabajadores, aunque ese *control* separado no se articule a ningún peligro inmediato y explícito para la salud pública; que emerge separadamente de la medicina en un proceso largo y meticulosamente conducido y, finalmente, dada su emergencia, se cuidó desde el inicio de los mecanismos institucionales que garantizarían su reproducción como práctica social específica.

Fijemos provisionalmente que el objeto (y fundamento) de la odontología sea este mismo, los dientes de los hombres; así visto, él sería el portador de su verdad, quedando por resolver el modo como ella sería enunciada. En esta perspectiva, el objeto de la odontología no desaparece, incluso cuando parece estar en retirada. Él se transforma, se mimetiza, se dispersa entre otros objetos —los objetos de su tiempo— y los discursos que de él emanan son sensibles a esa misma repartición, a la que se da como repartición epistémica su condición de posibilidad (Foucault, 1980; 1985; 1990).

El material del análisis está constituido por documentos —libros y manuales, artículos, actas, reseñas, decretos, informes, cartas— escritos entre 1746 y 1901, destacando especialmente los libros de Pierre Fauchard y de John Hunter y, posteriormente, el material publicado en periódicos franceses en el intervalo de 1879 a 1901, organizados en una perspectiva arqueológica. A un nivel más profundo, se pueden oír los sujetos de aquellos discursos, los que adquirieron existencia simultánea a la odontología, que fundaban en sus palabras o en las verbalizaciones del lenguaje dental que aprendieron a utilizar. Tal vez, si entonces se interrogara la clínica odontológica en su fundamento, si ella fuera tomada desde dentro y por sus cimientos, quizás entonces podría hablarnos del movimiento que hizo en el proceso de su *devenir*.

La cirugía dental en el siglo XVIII

Identificar

La clasificación de enfermedades y, más específicamente, la clasificación de las causas de muerte, fue una actividad que se impuso en el siglo XIX, articulada a cuestiones de naturaleza social y económica, cuestiones estas profundamente entrelazadas y derivadas de los problemas generados por el modo de producción capitalista: “... la necesidad de clasificar, de organizar un colectivo para establecer formas de control e intervención es [...] propia de la era moderna y una exigencia de la nueva orden económica que se instala” (Novaes, 1987, p. 79).

No es la medicina, sin embargo, la que inicialmente se propone clasificar enfermedades o causas de muerte, ya que los estudios sobre eventos vitales se iniciaron fuera de la esfera médica, aunque esta haya proporcionado la *base conceptual* para esta forma particular de *escrutinio y organización de la sociedad*. Clasificar, entre los sentidos posibles, significa organizar eventos de acuerdo con criterios preestablecidos, lo que implica, en consecuencia, “...identificar en las individualidades las características que permiten la creación de conjuntos cuyo objetivo no es resaltar las diferencias, las especificidades, sino, al contrario, apuntar a las semejanzas que se quiere destacar” (Novaes, 1987, p. 78).

El siglo XVIII también clasifica, pero no es la misma forma de ordenamiento que practica el siglo XIX y esto por una razón simple: el siglo XIX clasifica como forma de conocer (y controlar) eventos mórbidos a nivel colectivo, una forma, por lo tanto, de conocer la enfermedad social —basado en la anatomía patológica y luego en la etiopatogenia— mientras que para el siglo XVIII clasificar es conocer los caminos de la enfermedad y del mal en los individuos, es decir, cómo adquirirían existencia, evolucionaban y se distribuían en los cuerpos de las personas: “...la regla clasificatoria domina la teoría médica e incluso su práctica; aparece como la lógica inmanente de las formas mórbidas, el principio de su desciframiento y la regla semántica de su definición” (Foucault, 1980, p. 2).

En el siglo XVIII, la enfermedad es casi una *ontología*, no se inserta en el cuerpo sino para ganar visibilidad. Forma de conocimiento y de aprendizaje antes de ser tomada en la espesura del cuerpo, la enfermedad recibe una organización jerarquizada en familias, géneros y especies, haciendo sensible para el aprendizaje y la memoria el dominio abundante de la enfermedad.

Como en un árbol genealógico con todos sus parentescos, clasificar en este caso supone un cuadro nosológico que implica una figura de las enfermedades diferente del encadenamiento de los efectos y las causas, de la serie cronológica de los acontecimientos y de su trayecto visible en el cuerpo humano. No se trata de una localización, sino de la definición de un sistema fundamental de relaciones que ponen en juego involucramientos, subordinaciones, divisiones y semejanzas, como espacio que antecede a las percepciones, que distribuye y jerarquiza todas las líneas en cruzamiento por la masa corporal y en el cual la enfermedad, emergiendo a la vista, inserta sus características propias en un organismo vivo (Foucault, 1980, p. 3).

La cavidad bucal en el jardín de las especies

Cirujano que transita entre los siglos XVII y XVIII, alumno de Poteleret en la Escuela de Cirugía Naval de Brest, miembro del Colegio San Cosme —la Compañía, como él mismo dice— Pierre Fauchard es inseparable de su obra. De todas sus aparentes virtudes, una quizás sea la más notable: la de ser más referenciado (y reverenciado) que propiamente leído (Filderman, 1959, pp. 83-94; Lerman, 1964; Harris, citado por Ring, 1985, p. 166). Su obra, un manual de arte dental para cirujanos, médicos y otros

practicantes y curadores, es reputada como conteniendo en el momento mismo de su aparición la fundación de la odontología científica y moderna y, junto con ella, todos sus instrumentos. Ring se expresa al respecto diciendo que es la ruptura con la superstición y la ignorancia de la antigüedad, finalmente pasando la odontología de ahí en adelante a basarse en principios científicos y racionales (Ring, 1985, p. 8). Con mayor o menor énfasis, este es el punto de vista consagrado entre los autores.

Sin embargo, es preciso poner algún reparo en este entramado, y por la voz del propio autor. Es importante destacar un punto común entre los varios modos de concebir esa historia, articulado al postulado positivista que afirma la inferioridad del conocimiento en relación a su precedencia cronológica, es decir, lo anterior es inferior *epistemológicamente* (Comte, 1978; Machado, 1988; Piaget, 1970; Leiris, 1970, pp. 189-229; Lévi-Strauss, 1970, pp. 231-270).

Clases de causas y clases de enfermedades

Las causas que producen las enfermedades dentales son de dos tipos: las interiores y las exteriores. La noción de causa se relaciona con la idea de influencia, de modo que la causa interior es la más distante y difusa —no obligatoriamente interior al cuerpo— y la exterior es siempre la más próxima, cercando, involucrando o estando localizada junto a la parte en desarreglo, no obligatoriamente exterior al cuerpo.

Modalidades de causas

Las causas interiores dependen ordinariamente de los vicios de la linfa maligna en cantidad o en calidad, acre o corrosiva hasta el punto de destruir por sus malas impresiones las partes más compactas del cuerpo humano, como son los dientes, al romper y separar los tejidos de las láminas óseas que los componen. De la clase de causas interiores, además de la linfa maligna, se encuentran las siguientes: la sangre en las disposiciones inflamatorias, el régimen de vida, la leche de las nodrizas, las pasiones violentas, los temperamentos pituitarios o pletóricos, las mujeres embarazadas y la ictericia (Fauchard, 1746, pp. 99-134). Las causas interiores determinan enfermedades simpáticas o frecuentemente ocultas y sus efectos son a veces peligrosos y pueden amenazar la vida del enfermo. Más adelante, algunos de estos elementos serán descritos con mayor detalle.

Las causas exteriores no serían en menor número ni producirían consecuencias menos incómodas. Fauchard las enumera: los vapores que se elevan de los pulmones y del estómago, las porciones de alimentos retenidos entre los dientes, el frío y el calor, las injurias del tiempo, los esfuerzos sobre los dientes, los remedios tópicos, el uso del tabaco, de los dulces y de las frutas ácidas y astringentes, las caídas y los golpes violentos y la negligencia.

En Fauchard, los modos de clasificar son los mismos de describir, siendo conveniente no juzgar su nosografía por las apariencias. Pero veamos: los vapores muy

espesos que se elevan del estómago y de los pulmones se adhieren a la boca un poco como el hollín se adhiere a la chimenea, formando una película viscosa que torna la boca pastosa; esta película es bastante perjudicial, lo mismo sucede con ciertas porciones de alimentos que se alojan entre los dientes, en sus intervalos o al lado de las encías, produciendo ahí los mismos efectos “por menos que se descuide en enjuagar frecuentemente la boca”. El frío y el calor causan obstrucciones cuyas consecuencias son peligrosas; los resfriados y los catarros son las injurias del tiempo de las cuales los dientes, los alvéolos y las encías se resienten con frecuencia; los esfuerzos que se hacen con los dientes los sacuden, los desenraizan al romper las adherencias y al dividir la unión que tienen con los alvéolos; del mismo modo, los golpes violentos y las caídas son frecuentemente la causa de su pérdida; finalmente, la negligencia y el poco cuidado que tenemos de limpiarlos son la causa más común de todas las enfermedades que destruyen los dientes.

Gran parte de este capítulo estará dedicada al mercurio, el mayor enemigo que actúa por sí mismo y por los malos efectos que es capaz de producir en el cuerpo humano. El mercurio hincha las encías, las enrojece y las destruye, hace lo mismo con las membranas que recubren la raíz de los dientes interior y exteriormente, las seca y desarraiga, las hace caer o las destruye por la caries que ocasiona en ellas. Es el tiempo de la sífilis y la observación quirúrgica es precisa: en la boca se revelarían los efectos de una vida promiscua y desordenada (Fauchard, 1746, p. 102).

Modalidades de enfermedades

Fauchard ordenará las enfermedades bucales en tres clases, totalizando 103 especies distintas: en la primera “todas las enfermedades de los dientes producidas por causas exteriores”; en la segunda “aquellas que atacan las partes de los dientes encajadas en sus alvéolos o cubiertas por las encías, las cuales están ocultas o escondidas” y que por eso mismo “no pueden ser conocidas sino por aquellos que hayan adquirido una gran experiencia”; y la tercera clase que encierra “las enfermedades causadas u ocasionadas por los dientes, las cuales podemos denominar accidentales o sintomáticas” o aun “simpáticas o relativas”.

En la primera se relacionan 45 especies de enfermedades: la película blanquecina y viscosa, la película amarilla-azafrán, el sarro amarillento, el sarro grisáceo, el sarro opaco petrificado, el amarillamiento de los dientes, la opacidad del esmalte, las manchas blancas y una gama de variaciones de sensibilidad causadas por frutos ácidos, sonidos, fricciones, consumo de líquidos calientes o fríos y aun los dientes fuera de lugar y los que exceden en su longitud. Igualmente se presentan especies particulares de caries dentro de esta primera clase, totalizando 12 especies: la caries blanda y podrida, la seca, la complicada (en parte blanda, en parte seca), la con fractura, la superficial, la más profunda, la bastante profunda, la situada en la extremidad del cuerpo del diente, la situada en la superficie exterior, la situada en la interior, la situada en la lateral, la excrecencia carnosa del cordón de los vasos

dentales (aquella excrecencia que se manifiesta en los agujeros de los dientes considerablemente cariados).

En la segunda clase se relacionan las enfermedades cuyas causas son interiores, en número de 17: la inflamación flemonosa o erisipela de la membrana que cubre el interior de la cavidad, el absceso del interior, la pérdida del germen, la inflamación de la membrana que reviste la raíz, la obstrucción del cordón de los vasos, la inflamación del cordón, la supuración del cordón, el dolor distensivo, el dolor sordo de los dientes, el dolor agudo, el dolor pulsátil, la caries del cuello, la situada en la bóveda de las raíces, la que ataca las raíces, la que ataca el interior de la cavidad del cuerpo del diente (sin que el diente estéariado en ningún lugar de su superficie), la fractura de las raíces, la atrofia o el secado de los alvéolos, de sus membranas y de las encías.

La tercera clase se refiere a las enfermedades sintomáticas causadas por los dientes, ya sea por su enfermedad o por su aparición. Son en número de 41, divididas en dos subclases o especies. En la primera subclase tenemos: la caries de los alvéolos causada por el diente, las exostosis, la compresión de los alvéolos, la inflamación del periostio, la hinchazón de los alvéolos, la fractura simple de los alvéolos, la complicada, la hemorragia simple, la hemorragia en dependencia de la fractura del alvéolo, la dependiente de retazos de encía removidos (al arrancar un diente), el prurito o picazón de encía de los niños, los dolores de encía a la salida de los dientes, las úlceras de las encías, las úlceras de la lengua, las úlceras de los labios y de las mejillas (todo causado por el diente), la hinchazón de las encías, los abscesos de las encías, las fistulas de las encías, etc. Por lo tanto, son enfermedades causadas por los dientes, que permanecen próximas a ellos o a lo que manifiestan. En la segunda subclase se clasifican las enfermedades simpáticas o relativas: el aborto, las náuseas, los vómitos, las diarreas, las fiebres, el insomnio, el delirio, el dolor de cabeza, la delgadez de los niños, la convulsión, la salivación excesiva, la úlcera y la hinchazón de las parótidas y las amígdalas, los dolores y los depósitos en las orejas, los tumores o la hinchazón de las mejillas, el pólipo, las fistulas lacrimales (Fauchard, 1746, pp. 114-116).

El régimen de vida

Fauchard señala las diferencias entre la caries provocada por causas externas y la que depende de las internas. La primera es más fácil de reconocer y tratar; la originada por causas internas es más difícil de reconocer. Los alvéolos y las encías las ocultan y no se descubren sino por conjeturas fundadas en la violencia y permanencia de los dolores pulsátiles, de las hinchazones, de los tumores o de los abscesos más o menos considerables que frecuentemente las acompañan y sus consecuencias son más graves que las de la caries externa (1746, p. 120).

Pero serían los modos de vida los que pondrían en correlación causas externas e internas o las influencias próximas y las distantes. De la clase de causas internas, además de las disposiciones inflamatorias y otras, Fauchard destaca el régimen de vida y las pasiones violentas, a las cuales dedicará todo un capítulo. La conducta que se debe tener para conservar los dientes él la presentará como un método o

más bien como prescripciones que deben regir la vida del hombre en sociedad, es decir, el hombre cultivado de la sociedad aristocrática de Luis XV. Antes había hecho serias restricciones a aquellos que no pueden abrir la boca, decir una palabra o dar la menor sonrisa sin mostrar los defectos de la negligencia, tales como el mal olor, el color desagradable y la suciedad de los dientes. Confiesa que la simple idea de esos defectos “lo afligía”. Pero el hombre civilizado, sin embargo, no debe pecar ni en estos ni en otros puntos que atenten a las reglas de vivir en la buena sociedad: aquellos que se abandonan a la intemperancia al comer, engullendo precipitadamente los alimentos; los que consumen vegetales —todos los vegetales—, carnes, carne de cerdo, pescados salados, queso y leche; pasteles, confites y todos los alimentos dulces (porque hay un jugo viscoso que proviene de ellos, se insinúa en las encías y se adhiere a los dientes); el uso exagerado del tabaco que podía provocar la fijación de los humores en el diente, en las encías o en cualquiera de sus partes vecinas. Y no era menos importante ser sobrio y contenido en el beber y en el comer, incluso cuando el deber y la religión no nos obligaran; en fin “las enfermedades que son causadas por estos excesos deberían bastar para hacernos sobrios, moderados y capaces de contenernos en todo” (Fauchard, 1746, pp. 65-69).

Fauchard no pretende la prohibición completa de todos estos modos de proceder y de consumir. Es que, finalmente, de no masticar bien (el primero de todos los males) o de entregarse a los excesos, en lugar de una sangre dulce y balsámica resultará, al contrario, una sangre espesa, aguda o de cualquier modo viciada y los dientes no dejarán de resentirse ya sea por la sangre que pasará por sus vasos, ya sea por los vapores que se elevarán del estómago y del pecho, los cuales atacarán los dientes al pasar por la boca (p. 64).

La enfermedad en deslizamiento

Los dientes causan estos desórdenes por su enfermedad y muchas veces lo hacen incluso cuando no han aparecido aún. Fauchard añade a su cuadro nosológico, además de las enfermedades esenciales, las llamadas sintomáticas y las simpáticas o relativas.

Primero, es preciso resaltar la noción de cuadro: es en la forma en que se distribuye que la especie puede ser reconocida. Fuera del cuadro, la enfermedad puede transmutarse en especie diferente. La correlación se hace a partir del síntoma. Así, una caries seca puede degenerar, si sobrevienen dolores, en caries de otra especie. Pretender un nuevo ordenamiento, como sugirió el autor anónimo que Fauchard comenta, es reforma casi imposible de realizar, pues un nuevo orden supone un nuevo cuadro y, fundamentalmente, las nuevas circunstancias así multiplicadas y reordenadas exigirían la producción de otros efectos que los ya conocidos (p. 57). Tampoco sería prudente buscar siempre a lo lejos las causas de los eventos observados. Él apoya las posiciones de Petit, quien enseñaba que las causas del raquitismo, por ejemplo, se encerraban en la esfera del propio niño, atribuyendo esta enfermedad a las regiones, a la leche mala, a los dolores de dientes, a los gusanos, al cambio de nodriza y a otras causas siempre próximas que pueden perturbar la

digestión y la quilificación, y así producir una sangre mal condicionada o viciar la linfa y otros humores (p. 59).

En segundo lugar, un síntoma es función del conjunto de la economía dentro de un mismo cuadro o yendo de un cuadro a otro. Son disposiciones que pueden ser alteradas por la falta o por el exceso. El jugo nutritivo siendo muy abundante, o viciado que sea, o que se distribuya en gran cantidad en un diente que se encuentra estrechamente cerrado entre las paredes de algún alvéolo, puede producir efectos bastante peligrosos. Del mismo modo sería entre los atacados por escrófulas, entre los escorbúticos, los variólicos y las mujeres embarazadas o las que se encuentran en la menopausia (cuya depuración de la sangre se hacía antes por las reglas), y los atacados por la ictericia (p. 100).

Por último, una enfermedad se desliza o se comunica ya sea por contigüidad, ya sea por simpatía. Fauchard ve la comunicación entre dientes y encías porque hay afinidad entre unos y otros —de ahí que los estudie en conjunto— y así quedan sujetos a enfermar de modo similar. Las enfermedades de la boca son algunas veces tan obstinadas y malignas que se extienden por toda la cara, destruyendo los alvéolos, los huesos maxilares y la bóveda palatina (p. XIX). No hay en este discurso diferenciación entre masas tisulares y una misma entidad mórbida se desliza a través de ellas sin encontrar barreras, salvo las proporcionadas por la buena disposición del enfermo o las ofrecidas por el arte.

Las primeras enfermedades de los dientes, sin embargo, se manifiestan antes incluso de que los dientes aparezcan y aquí se revelan todos los peligros de la dentición. Tomando como base a Hipócrates, Galeno y Celso, entre otros, a través de Urbain Hemard, Fauchard dedica otro capítulo a los desarreglos de la erupción dental. Cuando los dientes, especialmente los caninos, están a punto de aparecer y van a cortar la encía, la picazón se convierte en dolor fuerte acompañado de hinchazón en las mejillas y en todo el rostro, de tos, catarro, fiebre, diarrea, náuseas, vómitos, insomnio, convulsiones, temblores y letargo, lo que a veces sigue con la muerte. La fiebre provoca la necesidad de tomar agua o excita al niño a succionar más leche de la que su pequeño estómago puede soportar; de este exceso provienen la indigestión y la corrupción y, en consecuencia, los vómitos y la diarrea; las serosidades biliosas se expanden a las partes vecinas del estómago y de ahí a los intestinos, siguiendo a esto las diarreas, tos, cólicos e insomnio, todo aumentando a medida que los dientes crecen, las encías se inflaman y la fiebre aumenta, provocando convulsiones, ya que todas estas cosas se insinúan tanto más fácilmente en los nervios de los niños cuanto esos nervios son frágiles y cuyo principio de conexión y continuidad asegura la elevación de los vapores malignos hasta el cerebro. Tan terribles eventos encuentran ocasión de manifestarse por la compresión contra las encías que el diente hace al salir (Fauchard, 1746, pp. 45-47).

Todas estas diferentes enfermedades de las cuales los alvéolos, las encías y los dientes son tan frecuentemente atacados necesitan diferentes ayudas para ser curadas, “de las cuales la teoría y la práctica encierran un número infinito de circunstancias que se reunieron en este tratado tanto como fue posible”. Son las diferentes operaciones de la cirugía indicadas por él en las cuales se emplean los recursos

de la mano, de los instrumentos, de las ligaduras y otros remedios (pp. 125 y 134), revelando la adecuación de los conocimientos al nivel práctico y al subjetivamente requerido por su época. Él mismo aclara al principio del libro que se basó en lo que era perfectamente aceptado por los autores: “...con frecuencia conferencí con médicos y cirujanos, de mis amigos los más hábiles, y en nada descuidé para aprovechar lo mejor que pude de sus consejos y de sus luces” (p. XIV).

Consideraciones finales

En esta primera parte se discutieron los enfoques teóricos que orientan la investigación histórica y se presentaron las principales objeciones a los modos de construir el discurso histórico, basados exclusivamente en etapas o períodos, y las limitaciones que esos abordajes presentan.

Luego fueron explicados los principales puntos de la clasificación presentes en la obra de Pierre Fauchard, distribuidos en tres esferas: las especies de causas y de enfermedades formando un cuadro clasificatorio, el régimen de vida y los principios del desplazamiento.

Al interrogar la experiencia quirúrgica del siglo XVIII y la experiencia particular del arte dental contenida en ella, se verifica que la visibilidad de los dientes y demás órganos bucales es mera apariencia. El discurso quirúrgico que da cuenta de esta parte es solo un capítulo más entre otros conocimientos, esa *operatoria dental* sería una de las formas de manifestación de la clínica quirúrgica y si Pomme veía “tejidos blanquecinos” ser expulsados por el recto, no son menores —ni otras— las figuras que construye Fauchard. Aquí también habla “el lenguaje sin soporte perceptible de las fantasías” (Foucault, 1980, p. VIII).

Frágiles y, al mismo tiempo, peligrosos: así es como los dientes aparecen tanto en la clasificación de las causas que acabamos de ver como en la de sus enfermedades. Es interesante notar que los historiadores creyeron que Fauchard habría inaugurado el período científico (en el sentido moderno y actual de la palabra) de los cuidados dentales justamente porque se habría opuesto a la concepción antigua de las causas internas. Lerman toma exactamente este punto para distinguirlo de Hunter, quien a pesar de su importante trabajo “creía que la caries era de origen interno y que no se podía combatir externamente” (Lerman, 1964, p. 136). Pero *causa* aquí, ya lo sabemos, no es causa con el significado etiológico que el siglo XIX construirá como modo de explicar la aparición de la enfermedad; es tan solo el *arreglo de las influencias próximas o distantes*, las imperfecciones o los efluvios de la naturaleza desordenada, deslizándose por dentro de la masa corporal. Nada que ver con la fisiopatología inaugurada con Claude Bernard y menos aún con lo que postula la revolución pasteuriana que el final del siglo XIX traerá a la luz (Novaes, 1987, pp. 35-36; Léonard, 1981, pp. 131-186).

Mientras que las causas interiores ponen al cuerpo en relación con los dientes por la masa de la sangre, la linfa o los nervios, las causas exteriores ahora son próximas al

lugar mismo donde se observan las alteraciones mórbidas y toda la secuencia de los fenómenos corrosivos. Las causas exteriores son las que más se acercan y envuelven directamente las piezas dentales antes de que estas, enfermando, funcionen recíprocamente para el cuerpo como causa de enfermedad; se trata de un doble trayecto, aunque en algunos casos los dientes puedan funcionar como provocadores de desórdenes incluso cuando estén sanos.

El autor trató extensamente estas cuestiones cuando discutió la utilidad de los dientes y el modo de conservarlos: tanto en este caso como en el caso de los peligros de la dentición, son frecuentemente los modos de vida y las pasiones —el enfermo mismo, en fin— los que perturban el curso natural de la enfermedad. Ni se piense otra vez que esas *causas internas o distantes* se refieren exclusivamente a la boca y a los dientes de los hombres. Fauchard hablará de ellas y las aumentará, y otros aún a lo largo del siglo XVIII y aún en parte del siglo XIX harán los mismos comentarios, comunes a la distribución en el territorio epistemológico que la arqueología foucaultiana ya nos ha revelado. Ya sea que se discuta la locura, la melancolía o la insanidad, los mismos factores están presentes: los vientos, las flemas, las babas, la presencia de gusanos, los alimentos de mala calidad, los ingeridos en gran cantidad, las obstrucciones, los eventos violentos o intensos del alma, las pasiones, las contenciones del espíritu, los estudios forzados, el mundo exterior con sus variaciones y excesos, el aire caliente, frío o húmedo, los sustos repentinos, las vigilias, la disposición hereditaria, la embriaguez, las fiebres, las secuelas del parto, la obstrucción de las vísceras y

...todo lo que impide la formación, la reparación, la circulación, las diversas secreciones y excreciones de la sangre, particularmente en el bazo, el páncreas, el epiplón, el estómago, el mesenterio, los intestinos, los senos, el hígado, el útero, los vasos hemorroidales [...] enfermedades agudas mal curadas [...] todos los medicamentos o excreciones demasiado abundantes o suprimidos y, en consecuencia, el sudor, la leche, la menstruación, la salivación y la sarna incrustada. (Foucault, 1978, pp. 222-223)

O sea, se trate de la locura o del enfermar bucal, es siempre una cierta forma de discurso encontrando la misma fuente e inspiración. Los maxilares pueden contraerse por varias causas, pero existen aquellas que dependen de los movimientos convulsivos “provenientes del desorden que se produce en toda la máquina del cuerpo humano”. Este desorden puede relacionarse con alguna enfermedad interior, pero también por heridas considerables “que atacan el género nervioso, ponen en confusión los espíritus animales y causan así convulsiones bastante violentas que contraen los músculos cerradores de la boca”. La insensatez, los caprichos de un niño asustado, malo o intratable; los vapores histéricos de las mujeres, los casos de catalepsia, estos eventos pueden conducir al cierre de la boca, poniendo al enfermo en peligro ya sea por las hinchazones ya establecidas o porque la persona no podrá alimentarse y perecerá. Una intervención se hace necesaria:

Algunas veces los dientes están cerrados por la resistencia de un hombre insensato o que estando en delirio se obstina en no abrir la boca.

Estos estados hacen surgir la necesidad de emplear la violencia.
(Fauchard, 1746, pp. 206-207)

La observación quirúrgica, y no solo ella, aún está en el siglo XVIII fuertemente atada a las concepciones del mundo antiguo y sobre todo a las de Hipócrates y Galeno. Los efectos del frío y del calor, por ejemplo, son permanencias de las concepciones hipocráticas, largamente comentadas por Fauchard en otra parte de la obra, surgen convenientemente en el libro de Hunter y merecen la atención de Lefoulon (1841, p. 90). Del mismo modo son las caídas, los golpes, los esfuerzos excesivos, los usos indebidos.

La observación precisa añade nuevas causas a las ya conocidas: es el tiempo en que la sífilis hace sus estragos y se necesita estar atento a los usos del mercurio; se fuma ahora en la corte europea el tabaco americano y antes de que llegue a los pulmones, es sobre los dientes que su humo se deposita; estos con aquellos forman un conjunto de “malos efectos” por los cuales “los dientes son alcanzados por enfermedades tan diversas, casi siempre acompañadas de dolores más o menos violentos” (Fauchard, p. 105).

Es en este ejercicio nosológico donde el viejo cirujano revela toda su habilidad y donde surge el perfil de la especialidad quirúrgica que profesa. Aún no se había constituido la *medicina operatoria*, es decir, la parte de aquella medicina del siglo XIX que se ejerce como *terapéutica armada* (como alguien ya antes había denominado a la cirugía), la cual no se opone a la *vis medicatrix naturae*, es decir, a la fuerza natural de curación en el cuerpo humano —la *physis* de la medicina helénica— sino que actúa cuando esta es sabidamente impotente (*a priori*) o cuando, ayudada por la terapéutica, la fuerza en el cuerpo no se manifiesta (Novaes, 1986, p. 11; Thomas, 1885, p. 434).

Fauchard es cirujano y por eso asume claramente que “el nacimiento y la formación de los dientes son obra de la naturaleza solamente; pero su conservación depende ordinariamente de los auxilios del arte” (p. 61). Pero no quiere decir que él no utilizará la *materia médica* disponible, es decir, la prescripción terapéutica basada en las formulaciones de los antiguos, el uso de sales y ácidos, hierbas y ciertas partes de animales, las fumigaciones, los colutorios, los pediluvios, las sanguijuelas, los compuestos eméticos o evacuatorios, las sangrías, etc.² Al contrario, su terapéutica es al mismo tiempo *armada y expectante*, de acuerdo con las recomendaciones del caso. Y aunque se dirija a las enfermedades de los dientes, de ahí que en su primera clase surjan las más inmediatamente exteriores, el caso es que rara vez se detiene en la superficie del esmalte. Como la variedad de las enfermedades de los dientes, de las causas que las producen y sus síntomas es infinita, dirá en el prefacio de la obra:

² “Aconsejé al Señor Abad Cherier cortar en pedazos una raíz de malvavisco y dos o tres higos grandes, hervirlos en leche y, estando tibio, sostenerlo en la boca del lado del dolor, con ciertos intervalos de tiempo, y en el intervalo aplicar una porción de esos higos sobre la encía tumefacta; hacer cataplasmas con leche y miga de pan, yemas de huevos y azafrán, aplicarlas sobre la mejilla hinchada y mantenerse abrigado” (Fauchard, 1746, p. 427). Véase, además, esta otra referencia: “Algunos hacen hervir e infusionar en vino tinto, o en vinagre con alumbre, madera de Brasil de Pernambuco (“... du bois du Brésil du Fernambour...”) y cochinilla para darles un color rojizo. Otros a esto añaden dos ciruelas, miel y azúcar (p. 82).

...las operaciones que la cirugía pone en uso para curarlas exigen también diferentes conocimientos, y la práctica sola no basta para llevar esas operaciones a la perfección, a menos que sea dirigida por un estudio exacto de la anatomía de la boca: este estudio es absolutamente necesario para conocer bien la estructura, la situación, la relación y el uso de los diferentes órganos que la componen. (Fauchard, 1746, p. VIII)

Conocer las enfermedades que atacan los dientes es conocer las enfermedades que atacan los huesos, es conocer las enfermedades que atacan toda la boca y luego el organismo. Conocer es clasificar: viniendo del esmalte hacia el interior de la cavidad del diente, de ahí al espacio de los alvéolos y luego yendo en dirección a las cavidades naturales de los huesos de la cara (y aunque no obligatoriamente en esta secuencia), la enfermedad bucal encuentra su modo de distribución en la naturaleza y origen de los tejidos dentales, en su enfermedad esencial, en el régimen de vida del enfermo y finalmente, transformada en causa, en los peligros que representa para el cuerpo. Bajo estos cuatro aspectos perfectamente organizados e interrelacionados es que se instala la *operatoria dental* del siglo XVIII y son ellos los que se encontrarán profundamente modificados en el siglo XIX.

Capítulo 4

El conocimiento a través de las manos

Introducción

Querido maestro, ¿cómo está usted? Tengo muchas ganas de verle, de nuestras conversaciones y reflexiones, pero cada día la facultad nos absorbe más el alma y nuestra energía, mutilando los sueños junto con las bocas que atendemos. En este último año de graduación, nuestra formación está lejos de ser resolutive. Aprendemos a pensar en lucro y productividad con profesores que poco se interesan por nuestra educación, y mucho menos con la salud del paciente. En cuanto al curso, este es el semestre más difícil que he tenido, con clínica todos los días. Este semestre contradice todo lo que pensamos en relación con la producción del cuidado. Y, lamentablemente, acabo “corrompiéndome” entrando en el juego de lo instituido en la clínica, pues al final la pluma para las notas está en manos del “profesor”. Este tipo de cuidado trae angustia y sufrimiento y está muy lejos de ser resolutive. Terminaré la narrativa con un caso de urgencia. En la urgencia solo podemos tratar un único diente, incluso si hay otros comprometidos. Tratamos el que el paciente siente más dolor. Un paciente llegó con dos molares con lesiones pulpares, uno con fistula y lesión periapical y otro con pulpitis. El colega accedió al diente con fistula para drenar y pidió al paciente que volviera al día siguiente para acceder al otro. Yo recibí este caso y el paciente relató que nadie le prescribió ninguna medicación y que no había dormido por el dolor toda la noche. Resumiendo, fueron cuatro tubos de anestésico con vasoconstrictor sin éxito. El paciente gemía de dolor y aún me cuestionaba que el día anterior no había dolido (era pulpa muerta, no debía doler). La profesora para ayudarme me cuestionó si no fue por error en la técnica anestésica que usé y, toda llena de razón, también anestesió con una articaína. Y mandó cerrar con una bolita de paramono para mortificar la pulpa y que el paciente volviera otro día. Este es un resumen de uno de los muchos ejemplos de este semestre.

Un fuerte abrazo
(Correspondencia 1, 2017)

El texto anterior me fue enviado por un estudiante de odontología de una universidad pública brasileña en el primer semestre de 2017. Es una especie de epígrafe con la que inicio este capítulo¹. Permite diferentes interrogantes y suscita reflexiones

¹ Publicado por primera vez en *Revista da ABENO* (2017).

acerca de la enseñanza odontológica practicada en Brasil y también sobre las relaciones entre el paciente y la escuela, que de cierto modo debería ser modelar. Si se descompone e interpreta, el texto puede ser aprehendido como una narrativa que indica, tal como un mensaje en una botella de náufragos, problemas en la formación del estudiante que deben ser considerados.

Permite además formular algunas preguntas. ¿Qué contenidos prácticos orientan la formación del cirujano-dentista en la contemporaneidad? ¿Cómo funciona el currículo odontológico un siglo después de la definición de las líneas generales del primer currículo en 1900? ¿Cuál es la preocupación con la enseñanza de la clínica y de la relación paciente-profesional? ¿Continúa la enseñanza odontológica centrada en la lesión dental y en técnicas de restauración protética?

Antes, sin embargo, de buscar responder a tales indagaciones, importa construir significados y buscar sentidos presentes en la narrativa epigrafiada. Primero, emerge la idea de *mutilación de una educación idealizada*, la deformación de ese ideal y no formación, o formación en dirección contraria a cierta expectativa previa: “cada día la facultad absorbe más el alma y nuestra energía y va mutilando los sueños junto con las bocas que atendemos”. Se admite la mutilación del sueño, es verdad, pero se admite aún más que en el ambulatorio-escuela también se mutilan bocas. Alumnos y pacientes aparecerían, así como víctimas del mismo proceso y justo donde se debería priorizar el cuidado y la recuperación de la salud. Y más, por la enseñanza del cuidado y de la rehabilitación de la salud comprometida.

La segunda idea que nos llama la atención viene justo después:

En este último año de graduación, nuestra formación está lejos de ser resolutive. Aprendemos a pensar en lucro y productividad con profesores que poco se interesan por nuestra educación, y mucho menos con la salud del paciente. (Correspondencia 1, 2017)

Se puede extraer algunas interpretaciones de lo narrado. Preliminarmente, estaríamos ante una formación no resolutive, es decir, no formativa; o se forma, pero no se sabe qué formación se está poniendo en relieve. Pero no es que no se forme; probablemente se esté ante un tipo de formación no satisfactoria para el paciente y para la salud en general y, claro, para el estudiante.

Inmediatamente, la continuación de la narrativa fuerza la aparición de una carga semántica de inequívoco contenido privatista y mercantil: lucro y productividad. Estas cosas “mundanas” serían las guías pedagógicas de la educación odontológica. Cosas “mundanas”, debemos admitir, que si se expusieran públicamente generarían incomodidad y desconfianza social. Sin embargo, extrañamente en el ambiente académico acaban legitimadas con el velo del conocimiento que tiene como base la autoridad del profesor.

Las siguientes categorías acortan el camino que pretendemos recorrer en el curso de esta investigación.

Este semestre contradice todo lo que pensamos con relación a la producción del cuidado [refiriéndose al cuidado de tipo mercantil] [...] En la urgencia solo podemos

tratar un único diente, aunque haya otros comprometidos. Tratamos [aquel] que el paciente “siente” más dolor. (Correspondencia 1, 2017)

Aquí aparecen algunas suposiciones susceptibles de especulación. El profesor puede suponer, en su política particular, que el servicio del ambulatorio de la escuela es de tipo *asistencial* o *caritativo* y así el paciente no tendría el derecho de verse aliviado de todos sus dolores, debiendo antes contentarse con la prescripción del mínimo. Es gratis y, por lo tanto, no debe reclamar por la escasa oferta. No es posible garantizar que el alumno aprenderá más observando la prescripción del profesor, pero seguramente el paciente sabrá una vez más cuál es su lugar en ese acuerdo pedagógico. Esto se torna más claro cuando el alumno resalta la condición en la que el paciente fue lanzado, una condición empeorada por la violenta negligencia derivada de la intervención: “el paciente relató que nadie le prescribió ninguna medicación y que no había dormido de dolor toda la noche”. Aquí aparece resaltado otro problema de la odontología desde su nacimiento hasta el presente: la inexistencia de referencias al *medio interno fisiológico* por la reiteración de que los *dientes son exteriores a la economía corporal del individuo*.

Pero la narrativa termina con soluciones de tipo fetichizado. Como el paciente “gemía de dolor”, no es su condición clínica bucal la que despierta interés o compasión —y debería despertar—, sino la posibilidad de que el estudiante no se hubiera aplicado en el *procedimiento correcto*, siendo cuestionado si no habría habido error en la técnica anestésica usada. Así, sencillamente se cierra la narrativa. Probablemente no fue del mismo modo que se cerró la aventura o desventura del paciente, siempre necesitado de cuidados bucales.

Podemos ahora reflexionar un poco sobre las cuestiones planteadas al inicio y desdoblarlas en nuevas problematizaciones. Sin duda, la enseñanza de la odontología tuvo inicio en 1880 con la Escuela Dentaria Libre de París, siendo el diseño básico del currículo de la profesión definido y aprobado en el 3° Congreso de la Federación Dentaria Internacional en 1900 en París. ¿Cuáles serían esos contenidos? ¿Qué separaría el perfil profesional entre el final del siglo XIX y el inicio del siglo XX en relación con el deseado en el siglo XXI? ¿Sería posible conciliar nuevos conceptos en clínica derivados de la idea de su ampliación como protagonismo del sujeto y Proyecto Terapéutico Singular con las concepciones biopolíticas de la odontología del siglo XIX?

Estos son algunos problemas que este capítulo se propone examinar. Sucesivamente se presentarán los contornos de la nueva profesión y la política que garantizó su legitimación y legalidad, y el modo en que se imaginó la producción del dentista moderno-tardío que Europa vio nacer —y la reproducción de la odontología— y que posteriormente se difundió en buena parte del mundo. Se tomará como referencia metodológica la matriz discursiva de *El nacimiento de la clínica*, de Michel Foucault, el concepto de clínica ampliada y la singularidad del proyecto terapéutico cuando el sujeto-paciente es el centro del cuidado.

De cierto modo, el presente capítulo completa una serie de tres artículos imaginada hace mucho tiempo. En 1999 se publicó el primero, *La emergencia de la clínica*

odontológica (Botazzo, 1999; ver Capítulo 3 de este libro), y en 2000 el segundo, *Arqueología de una formación embrionaria* (Botazzo, 2000a, 2010). Ellos inauguraron una nueva publicación, la revista *Odontología y Sociedad*. En el primer artículo ya se indicaba la intención de publicar la serie completa. Esto no ocurrió, dando la razón al editor Prof. José Leopoldo Ferreira Antunes en la desconfianza que albergaba respecto de la *promesa* de trilogías. Es propósito de este capítulo, pasados 17 años, concluir la serie, poniendo en discusión desde la perspectiva de la arqueología foucaultiana el modo de formación de dentistas o el proyecto pedagógico que la odontología formuló para sí desde la perspectiva de garantizar su reproducción como práctica social específica. El tema será abordado desde la perspectiva de la investigación arqueológica de Michel Foucault (1985, 1990) (Botazzo, 2010).

La arqueología foucaultiana toma todos los eventos relacionados con el objeto como significativos, sean los discursos científicos o no científicos, ensayos, correspondencias, relatos, en fin, todas las narrativas que directa o indirectamente aparecen como articuladas a lo que se quiere hacer emerger (Foucault, 1985, pp. 229-322). Es así un *lugar epistémico* “donde los conocimientos, encarados fuera de cualquier criterio referente a su valor racional o a sus formas objetivas, enraizan su positividad y manifiestan así una historia que no es la de su perfección creciente, sino antes la de sus condiciones de posibilidad” (Foucault, 1985, p. 11).

O más precisamente, la arqueología viene a ser “la disciplina de las lenguas flotantes, de las obras informes, de los temas no ligados” (Foucault, 1985, p. 230).

Los límites dento-gingivales

Si se preguntara en el siglo XIX qué es un dentista o cuál es su trabajo, la respuesta sería inmediata: dentista es todo aquel que cuida, limpia, lima, obtura, arranca y repone dientes. (Godon, 1901, p. 32) Tal descripción corresponde aún en la contemporaneidad a la imagen social del dentista y, de cierta forma, al imaginario de la profesión. Charles Godon, creador de la Escuela Dentaria Libre de París y fundador de la Federación Dentaria Internacional, mantuvo en esta discusión de 1901 la posición de médicos y dentistas que, desde alrededor de 1880, comenzaron a formular las primeras narrativas de una profesión hasta entonces inexistente. Tales narrativas convergían en la limitación del alcance de la práctica a los dientes humanos y sus lesiones, y en el adiestramiento técnico y manual para el ejercicio de la profesión. Profundizaré en algunos de estos aspectos.

La narrativa del estudiante epigrafiada al inicio de esta reflexión, sin embargo, contiene la evidencia de que la práctica odontológica se ejerce aún hoy como una clínica de lesiones. Del mismo modo, el foco de la atención pedagógica se encuentra en el elemento dental y no en el paciente. Tal postura acarreará importantes consecuencias y desarrollos futuros relevantes. Como acción pedagógica, mantener el foco en el diente y no en el paciente puede ser considerado central en el “proceso de *dentalización* del estudiante”, un concepto que desarrollé en otro estudio (ver Capítulo 9

de este libro). En resumen, la *dentalización* u *odontologización* es el proceso mediante el cual se instalan categorías mentales y afectivas en la estructura de cognición del estudiante mediante la reiteración de lo pequeño y la minucia referidos y circuns-tanciados desde los primeros semestres lectivos al espacio de la dentadura humana, considerada no como conjunto estomatognático fisiológicamente sinérgico, sino en dientes o grupos de dientes tomados aisladamente. Más específicamente, el foco en un diente humano, apropiadamente denominado *elemento dental*, que viene a ser un sucedáneo del individuo, el individuo biológico de la odontología. Así se aprende el cepillado científico de dientes, se aprende a esculpir dientes. Hay una disciplina que tratará exclusivamente de esta materia: la escultura dental. Durante meses, los alumnos deambulan por los pasillos con sus bloques de cera y espátulas para escultura; se enseñan las líneas básicas de dibujo marcado en la cera y se practican los contornos de los principales grupos dentales humanos. Se esculpen dientes de tamaños variados. Se aprende en minucia la existencia de surcos y fósiles, cúspides y tubérculos. Tales accidentes anatómicos reciben su denominación y, existiendo en el lenguaje, pasan a tener existencia concreta. Se realizan mediante las manos y emergen con su cerúlea realidad en la mano del estudiante. Son así como tótems, que pasan a significar la futura profesión.

Usando el descriptor “escultura dental”, una consulta aleatoria en plataformas tipo Google permite acceso a los contenidos de disciplinas de morfología y escultura dental. En una de ellas aparece la siguiente descripción del programa:

[La disciplina] fundamenta sus actividades en la reproducción fiel de la morfología coronaria de los dientes permanentes en tamaño natural a través del dibujo y de la escultura en bloques de cera blanca o marfil [...] es en el laboratorio de Escultura Dental donde el alumno tiene su primer contacto con la Odontología y por eso adquiere conocimientos esencialmente técnicos y específicos como las diversas formas de clasificación dental, el uso correcto de los instrumentos odontológicos, ergonomía, nociones de oclusión dental y la compleja nomenclatura inherente a diversas otras disciplinas pre-clínicas y clínicas que vendrán a continuación. (Universidad Federal de Rio de Janeiro, 2017)

Busquemos interpretar algunos enunciados contenidos en este trecho del programa. Por tratarse de la “reproducción fiel de la morfología coronaria”, no se espera espacio para el aprendizaje creativo, antes bien, será de la repetición. Sin embargo, es claro el objetivo embarcado en tal dispositivo didáctico-pedagógico: “adquirir conocimientos técnicos y específicos como las formas de clasificación dental” y el “uso correcto de los instrumentos odontológicos”. Esto en “esencia” o una “esencia clasificatoria”. Es decir, hay una esencialidad en la técnica que viene a ser el conocimiento de ella, pero también esencialidad en el conocimiento dado por el correcto uso de los instrumentos. La escultura en cera o marfil de un diente en tamaño natural, caracterizado por la “fiel reproducción de la morfología coronaria”, tiene el atributo cualitativo de activar los circuitos neuronales del estudiante y permitirle no solo clasificar (que viene a ser una forma de conocer) sino de conocer otras disciplinas más

o menos conexas a ese trabajo vivo de reproducción. Ergonomía y oclusión dental se inmiscuyen en el proceso y aún “las diversas disciplinas que vendrán a continuación”. Tratándose de “reproducir fielmente un diente en cera o marfil”, podemos suponer con folga que se tratan de disciplinas dentales.

De hecho, el currículo odontológico contemporáneo abarca un formidable conjunto de disciplinas dentales. Ellas vienen a componer más de la mitad de la carga horaria total de los cursos, si consideramos, además de la morfología y la enseñanza de la prótesis, la histología de los tejidos dentales, los materiales dentales, la operatoria, la endodoncia, la cariología y la periodoncia. A lo largo de la graduación, el estudiante será guiado por una extraña cartografía que lo mantendrá en el diente, dentro del diente y en torno al diente. Tales arreglos se encuentran bien descritos en *Del arte dental* (Botazzo, 2010), particularmente en el capítulo 3, “La antigüedad del arte dental”, y en el capítulo 4, “Medicina y cirugía: la dentistería operatoria en el siglo XVIII”.

Dado el diente, he aquí puesta en escena su enfermedad, la caries dental, ya antes denominada patología-madre, una especie de fetiche que ocluye el horizonte semiológico del dentista e impide que se vean otras enfermedades bucales. (ver capítulos 8, 9 y 14 de este libro) Hasta incluso los contenidos disciplinares de la salud bucal colectiva mantienen parte del antiguo marco teórico-práctico de la odontología sanitaria y van a incidir fuertemente sobre la epidemiología de la caries y de la enfermedad periodontal, y la promoción de la salud bucal no raramente es denominación actualizada para actividades de entrenamiento del alumno con charlas de enseñanza del cepillado para niños y gestantes. Ni siquiera escapa a este tropismo la producción intelectual de los epidemiólogos bucales, cuyos artículos — naturalmente sobre caries dental— sistemáticamente clasifican el componente “P” del CPOD como *diente perdido por caries*, aunque pueden perderse dientes por numerosas causas o razones, incluyendo el comportamiento iatrogénico de la profesión, pero este es típicamente un caso donde la costumbre es más fuerte que la curiosidad. Y así caminan juntos el diente y su enfermedad en una inextricable coalición construida y mantenida a lo largo de la historia.

Podría argumentarse que un curso que tiene como objetivo *conocer* o *hablar* de dientes —*odonto logos*— no podría presentar una perspectiva diferente. Sin embargo, sería trabajoso, pero no imposible demostrar lo que habría de equivocado en este razonamiento. Es que al insistir en el *elemento dental* —y desde los inicios de su representación en cera— se pierde la idea del individuo biológico que es el hombre al que pertenece el diente. Ya se ha dicho en la filosofía clásica que el todo tiene prece-dencia sobre la parte y que esta solo significa por referencia a la totalidad. La odontología es la prueba viva de que cuando la parte es recuperada separadamente de la totalidad, lo que se reconstruye es un simulacro. De hecho, es imposible en la teoría odontológica recuperar al hombre por entero y menos aún a la sociedad. Porque no es el hombre el individuo y el sujeto de la práctica odontológica, sino el diente. Siendo el elemento dental el individuo de la odontología, esta necesitó duplicar en él no solo los sistemas del cuerpo humano, a los que no se vio perteneciendo, sino igualmente duplicó las áreas del conocimiento con las que obligatoriamente tuvo

que relacionarse. Es el caso de la bioquímica oral, de la patología oral, de la microbiología oral, etc. Hoy en día se llega a hablar en salud y odontología, la conjunción indicando la radicalidad de su separación del sistema general de la salud.

Estos son los mecanismos que garantizan la formación de la identidad del dentista: una técnica, una odonto-técnica exclusiva. Si una disciplina como la morfología de los dientes expresa el vigoroso camino del pensamiento por el adiestramiento de la mano, como vimos anteriormente, esta preocupación ya fue vestibular, es decir, aun fuera de la escuela. En algún momento se instituyó la prueba de habilidades en carácter eliminatorio a quien deseara graduarse en odontología. Con el uso del bloque de cera y la espátula Le Cron (que debía traer consigo), el candidato demostraba si tenía o no habilidad manual suficiente ejecutando en la cera una figura geométrica tridimensional previamente dibujada. La cuestión aparecía justificada en el cuaderno de preguntas del siguiente modo: “El órgano dental es considerado parte integrante de un complejo sistema masticatorio, *exigiendo del profesional habilidad manual*, la cual puede ser desarrollada a través de ejercicios de repetición, además de nociones espaciales básicas” (Unicamp, 2007).

Se percibe que el autor del texto dio un salto en la narrativa produciendo un efecto lingüístico extraordinario, pues justificaba la prueba de manualidad por el hecho de que el órgano dental es parte del sistema masticatorio y otorgando existencia a este o estableciendo relación de causa y efecto entre complejidad y habilidad manual, este creando aquella o con ella teniendo relación de dependencia. Y adelante continuaba:

Estas nociones [sic] son importantes, pues cuando el cirujano-dentista necesita confeccionar un preparado cavitario con la finalidad de remover el tejido cariado y devolver, a través de la restauración, la estética y la función al diente del paciente, es necesario que tenga noción exacta de profundidad con la finalidad de no remover innecesariamente tejido dental sano y/o no causar iatrogenias. (Unicamp, 2007)

Es decir, tal examen tenía como objetivo reducir las iatrogenias del futuro mediante la oportuna y anticipada eliminación del candidato poco hábil aun en la antesala de la facultad. Escasa elocuencia para justificar la permanencia de lo arcaico, escasa justificación en defensa de la escultura de un tótem, una especie de *ex-voto*. A esta serie de focalizaciones dentales en gabinete o bancada y en aislamiento de la realidad circundante Fonsêca la denominó *odontología in vitro* (Fonsêca *et al.*, 2021).

La instrucción del espíritu por las manos

La escultura es un dispositivo en el proceso de odontologización del estudiante, o mejor dicho, es el dispositivo de *producción de sujetos* y, por lo tanto, de reproducción de la odontología. Del mismo modo que el médico es antes *normalizado* para luego

establecer el criterio de normalidad al paciente y, por extensión, a la sociedad (Foucault, 1980), aquí también el estudiante de odontología *es normalizado en el transcurso de la graduación* y ya desde el inicio, sin embargo, *según una vertiente dental*.

Por dispositivo podemos entender:

...un conjunto resueltamente heterogéneo comportando discursos, instituciones, instalaciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas, en suma: lo dicho tanto como lo no dicho; he aquí los elementos del dispositivo. El dispositivo mismo es la red que podemos establecer entre esos elementos. (Foucault, 1994, pp. 299-300)

Es así que la escultura, junto con los enfoques disciplinares con énfasis dental, circun-
dándose de narrativas dentales específicas, usualmente circunscritas a la superficie de la corona del diente, modela y da cientificidad a los discursos dentales —una de las funciones de la disciplina— y establece la red de intereses que vincula escuela, profesión e industria en la educación del dentista. Veremos a continuación cómo en el proceso histórico fue montado el dispositivo pedagógico que garantizó esa reproducción.

La constitución de la odontología como práctica reconocida y, a un mismo tiempo, separada de las especialidades médicas, fue un largo proceso que atravesó casi todo el siglo XIX. Fue un evento europeo y, sobre todo, francés, no cabe duda, que proporcionó la matriz teórico-política y el soporte de racionalidad que, al haber propiciado la escisión de la boca en dos partes en territorio francés, permitió la reproducción del modelo en países europeos y ya inmediatamente en América (Botazzo, 2010; Capítulo 3 de este libro). Sarah Nettleton llama la atención sobre el hecho de que la historia de la odontología frecuentemente se presenta como un “rompeca-bezas sociológico” (Nettleton, 1988) pero vamos a intentar retomar su narrativa.

Cierta hagiología suele reiterar el origen de la odontología en la práctica de los barberos y sangradores en curso desde la Antigüedad, viniendo a constituirse científicamente en la modernidad europea, más precisamente en el siglo XVIII con el libro de Pierre Fauchard (1746). Tal historia es enseñada en la misma proporción en que es olvidada y, sin embargo, el contenido ideológico e identitario del mensaje permanece. Es decir, todos están acostumbrados a esta versión de la historia, ya un *habitus*, una cosa familiar en el decir de Pierre Bourdieu (1972, p. 175) Tener *costumbre* con ciertos hechos históricos es ya medio camino andado para evitar la problematización de estos hechos. Tal vez haya sido este el obstáculo enfrentado por Nettleton cuando se dispuso a investigar el movimiento de separación de la boca del cuerpo.

La versión de la historia oficial es problemática por algunos motivos. Primero, porque constituye la odontología como práctica científica en el sentido de la racionalidad de la anatomía patológica y de las nuevas disciplinas biológicas, justo al inicio del siglo XVIII, cuando en realidad tales disciplinas fueron constituidas solo a fines de ese siglo y a lo largo de todo el siglo XIX.

En segundo lugar, solo marginalmente la curación fue ejercida por barberos y sangradores. De hecho, bocas y dientes tuvieron lugar asegurado en los manuales

de medicina y cirugía desde la Antigüedad Clásica entre griegos y romanos, y después con los árabes y aún a lo largo de todo el medievo occidental. La lista de autores y practicantes es larga, pero debemos citar algunos de los más célebres y conocidos: Aristóteles, Hipócrates, Celso, Galeno, Avicena, Albucasis, Razés, Urbain Hémard, Ambroise Paré, Pierre Fauchard, John Hunter, Xavier Bichat, Eliezer Parmlly, Ph. H. Austen y Ch. Harris, Edouard Andrieu, John Tomes, Émile Magitot..., muchos de ellos anatomistas, todos médicos o cirujanos (y un filósofo), y casi todos practicantes de la cirugía y de la prótesis buco-dentaria. Con ellos, el siglo XIX conoció una *teoría estomatológica* como parte de la teoría general e integrante del mismo movimiento que entonces permitía la emergencia de las especialidades médicas (Botazzo, 2010; 2024; Foucault, 1980 y ver los capítulos 3 y 8 de este libro). Naturalmente, sangradores, barberos y mecánicos dentales ejercieron sus prácticas populares; esto está bien documentado por la literatura científica o no, y era frecuentemente el modo como la masa proletaria urbana y campesina —pobres en general— podía contar con algún tipo de auxilio en casos de necesidad. Pero lo que estaba en juego no tenía relación con esta realidad:

Encontramos en estos libros las enfermedades de la dentición, las fracturas maxilares y las manifestaciones bucales de afecciones generales como el cáncer, la sífilis o la tuberculosis [además de] consideraciones sobre la anatomía de los dientes, los fenómenos de la dentición, las necrosis [pero con relación a la dentisteria²] no se habló de los diferentes procedimientos de resección, obturación, aurificación y restauración de dientes [...] y en ellos no figura la prótesis dentaria propiamente dicha. (Godon, 1901, p. 35)

Esta posición de Godon no es confirmada por los hechos, puesto que siempre estos manuales contenían abundantes descripciones de procedimientos, modos de hacer y de trabajar con materiales, pero no resulta relevante en el razonamiento aquí expuesto. Lo que se afirmó como posición política del movimiento odontológico —y que costó enorme esfuerzo de convencimiento— fue que, aunque estos sujetos hubieran *hablado* sobre dientes y bocas y practicado cirugías, no realizaban prótesis. Es decir, *no confeccionaban ellos mismos las dentaduras de sus clientes*, delegando esta tarea a auxiliares y mecánicos. Algo similar a lo que se practica hoy con la realización del trabajo protético por técnicos y auxiliares de prótesis.

En tercer lugar, y casi como consecuencia natural, el movimiento político que materializó la escisión de la antigua e histórica arte dental fue conducido por ayudantes y mecánicos. Este proceso está bien documentado en la literatura. Por eso, ellos produjeron este razonamiento: nosotros hacemos dentaduras, nosotros arrancamos dientes, nosotros hacemos obturaciones; nuestros patrones son cirujanos

² “Dentisteria” es una palabra reconocida en los diccionarios. Significa el conjunto de operaciones sobre los dientes o una parte de la cirugía dental que se refiere a los cuidados aplicados a los dientes; son las “operaciones que se realizan en los dientes naturales, en el vivo, para reparar los daños causados por la caries y para prevenir la aparición de otras caries”. También se encuentra como sinónimo de “arte odontológico” y equivalente a “*dentistry*” (odontología, en inglés). Genéricamente, “dentisteria” abarcaba lo que hoy serían la dentística operatoria y restauradora, la endodoncia y la periodoncia.

o médicos que se ocupan de cosas mayores, pero nosotros tenemos la habilidad manual requerida para el oficio de hacer dentaduras y obturaciones. ¡Esto es odontología! ¡Solo puede llamarse dentista a quien sabe montar una dentadura! Como bien se explica en *El nacimiento de la odontología*:

El movimiento de esa constitución puede ser claramente aprehendido cuando se examinan las características que la odontología entonces vino a presentar: carácter privado, simultáneamente tecnicista y odontocéntrico, corporativista y tendiendo al monopolio. Podemos reconocerlas: pertenecen a nuestro mundo, es como la corporación de los dentistas se reconoce; en un cierto sentido, es como son socialmente reconocidos. (Botazzo, 2010, p. 139)

Y es Charles Godon quien retoma la discusión, afirmando la especificidad de la odontología en relación con el conjunto de las prácticas médicas y diciendo que las intervenciones del dentista:

...tienen casi todas por base la prótesis, lo que significa la sustitución de los dientes o de las partes destruidas [dentistería operativa o prótesis propiamente dicha], y si la prótesis es arte que tiene ciertas relaciones con la medicina, se está obligado a reconocer que tiene aún más con las *ciencias mecánicas*. (Godon, 191, p. 267)

En los años 1890, Godon visitó la Escuela Dental de Filadelfia, dirigida por Edward Kirk, quien posteriormente presidió la Federación Dental Internacional (FDI). Él se entusiasmó con la experiencia de las “*manual training schools*” adoptada por Kirk, quien decía que este método verdaderamente se constituía en la “instrucción del espíritu por las manos”, pues según esta teoría:

...la inteligencia del estudiante debe ser instruida no solo por los oídos y los ojos, sino también por el tacto. [...] el principio de esta instrucción tiene por objetivo dar al alumno no solamente el poder de fabricar cosas materiales, sino mediante esta fabricación, hábitos de observación minuciosa, de razonamiento lógico y de precisión. (Godon, 191, p. 270)

Godon deja claro “que es un mal procedimiento al prepararse para el ejercicio de la dentistería” tener estudios médicos previos. De hecho, él dirá: “esta especialidad reposa sobre todo y antes que nada sobre la habilidad manual, la destreza”, cualidad que solo se adquiere “por larga práctica precozmente iniciada como en todas las profesiones en que es necesaria”.

No es a los 26 o 27 años que se la podrá adquirir con facilidad. Es preciso que para el dentista la *educación de la mano* se haga desde el comienzo de sus estudios para que venga a convertirse en un buen practicante. Por eso, aquellos

que pronto iniciaron sus estudios por la prótesis son mejores operadores... (Godon, 191, p. 268)

Para aclarar este punto, Charles Godon presentó un conjunto de actividades que el alumno desarrollaba en la Escuela Dentaria de París. En ella, “el alumno se ejercitaba en el trabajo de madera y metal, en las prácticas con motor, torno y forja, en la escultura en madera y modelado; luego física, química y morfología de los dientes; construcción de placas, coronas, puentes, trabajos de metalurgia aplicada, fusión de los metales, cerámica” y , decía él, “todo esto, como se ve, una enseñanza metódica y completa exclusiva de la mecánica dental de la que esta escuela es devota” (Godon, 1901, p.122).

No hay cómo desvincular tales perspectivas político-pedagógicas del perfil del cirujano-dentista del imaginario social y de la carga disciplinaria de estudios mecánicos aún presente en el currículo contemporáneo. Sin embargo, incluso para el siglo XIX, este acentuado gusto por el trabajo de taller como parte del adiestramiento de la mano vino a merecer reparos. Chapin Harris y Philip Austen, fundadores de la Escuela de Baltimore, pensaban de modo diverso. Ellos veían esta pedagogía como una tendencia utilitarista y especializante de las escuelas americanas que debía ser revisada. En el prefacio de la edición francesa del tratado de clínica y cirugía bucal, defendían la necesidad de estudios generales amplios y criticaban el adiestramiento manual precoz. No es que juzgaran innecesario tener habilidad y destreza en medicina y cirugía; su entendimiento, sin embargo, consideraba la necesidad de estudios generales, pues:

...las seducciones del trabajo manual monopolizan el tiempo que se habría dedicado a un trabajo intelectual más penoso y más desagradable. La instrucción que comienza así y no tiene otro objetivo que hacer mecánicos es lamentable... (Harris & Austen, 1874)

Y añadían:

Es precisa una instrucción literaria y clásica lo más amplia posible desde la infancia para neutralizar la influencia forzosamente embrutecedora de los estudios profesionales en la virilidad; es preciso de cualquier manera infundir el máximo posible de ciencia pura durante los primeros años profesionales para corregir *la influencia del positivismo de la práctica*. Reside en esto el gran error de los sistemas prácticos de instrucción en América. (Harris & Austen, 1874, p. 5)

Tal elocuencia no tuvo efecto práctico. En las décadas siguientes, la discusión sobre el contenido del currículo de las escuelas dentarias permaneció en disputa. Fue en el 3º Congreso de la Federación Dentaria Internacional, realizado en París en 1900, cuando la disputa pareció resolverse con la aprobación de las principales ideas de Charles Godon y su grupo.

Esta reunión de 1900 tuvo dos consecuencias importantes. Una de ellas fue el mantenimiento de la enseñanza y práctica de la mecánica de la prótesis con

centralidad en la formación odontológica, consolidando el propósito pedagógico de la educación por las manos. La segunda consecuencia fue la creación de una organización internacional de dentistas. Estos dos movimientos produjeron la internacionalización de la odontología con la fijación de la identidad profesional por la *subjetivación del elemento dental* y por la auto-fabricación de dispositivos protéticos. La prótesis bucal, ya comentado antes, aparece como el elemento de destaque de la profesión, un símbolo de estatus y prestigio. (Botazzo, 2013a) Más que cosa del pasado, es reclamada en el presente como signo concedido a dignatarios. En otra correspondencia localizamos este relato:

La segunda memoria proviene de la disciplina de escultura dental en el primer año de graduación. Recuerdo como si fuera hoy una de las primeras clases que tuvimos en medio de un ciclo de disciplinas básicas: bioquímica, fisiología, etc.: el profesor proyectaba algunas diapositivas con contenido introductorio sobre la materia, sobre lo que representaba la prótesis para la odontología, y bien recuerdo que en determinado momento de la clase insertó imágenes de autos viejos cayéndose a pedazos, asociándolos a los profesores de las áreas básicas, y en seguida proyectó imágenes de autos deportivos y de lujo asociándolos a los profesores de la prótesis, haciendo comentarios sobre los rumbos profesionales a ser tomados y la consecuente prosperidad que podría esperarnos. Eso fue repetido a lo largo de la clase. Hacía también asociaciones entre la construcción de una casa y la confección de una prótesis... (Correspondencia 2, 2017)

El pasado es lo viejo presentificado en medio de narrativas fantasiosas sobre un futuro profesional exitoso de base mercantil. Tenemos ante nosotros una inversión de valores, pues la prótesis “que debería ser considerada la evidencia del fracaso de una determinada odontología, es erigida como tótem, como elemento propiciador de realización personal y profesional que todos deben alcanzar.” (Capítulo 14 de este libro).

Una pregunta, sin embargo, aún debería ser hecha: ¿habría peligro en la práctica del dentista? ¿En qué medida las operaciones sobre los dientes, respetando los límites dento-gingivales, no comprometerían la fisiología general del individuo? En conjunto, políticamente, fueron fijados los límites de la intervención del dentista y, a un mismo tiempo, se garantizó —como ejercicio de autoridad— que nunca el trabajo del dentista podría tocar la economía somática.

Inicialmente, se niega la existencia de patología en los tejidos dentarios, recordando que era el objetivo de la práctica del dentista realizar operaciones sobre los dientes. John Tomes, un nombre bien conocido entre los que estudian el esmalte, va a sostener la inexistencia o, mejor dicho, la impropiedad de la existencia de enfermedad en el sentido de la anatomopatología en el esmalte y en el complejo dentina-pulpa. Él dirá textualmente que el papel que el esmalte y la dentina juegan en la patología es bastante restringido o, más exactamente, “la patología de estos tejidos no existe” (Aguilhon, 1878, p. 332-45).

La segunda posición fue definida por Paul Bert, anestesiólogo, profesor y director de la Facultad de Medicina de París. Fue diputado en la Asamblea Nacional y gobernador de Indochina, además de ministro de Instrucción Pública. Altos cargos, por lo tanto, y un nombre de relevancia. Él estuvo presente como conferencista principal en

una de las sesiones anuales del Círculo de Dentistas de París, entidad que congregaba a los principales articuladores del proyecto de reglamentación separada de la odontología y primacía de la enseñanza técnica, sobre todo en relación a la definición de una clínica de enfermedades de la boca y los dientes como especialidad médica. La posición separada puede ser claramente identificada en la siguiente afirmación: "... las operaciones que el dentista [practica] sobre la región dento-gingival son en su mayoría bastante diferentes de las intervenciones que son llamados a hacer el médico o el cirujano sobre las otras regiones del cuerpo" (Godon, 191, p. 267).

En el mismo enunciado se definen los límites de la nueva práctica y se reafirma el carácter no médico de la odontología nascente. Esto tiene que ver con la posición que Paul Bert había expresado algún tiempo antes en la sesión de apertura de la reunión anual en 1884.

Bert, que en esa época era director de la Facultad de Medicina, se expresa de modo oblicuo con afirmaciones desprovistas de sentido histórico como atribuir a los dentistas el *invento* del protóxido de nitrógeno (gas hilarante) y aun regocijarse con la asociación de los dentistas por haber ellos instituido una enseñanza liberal en oposición a la intervención del Estado en la educación. Resumidamente, Paul Bert legitima con su autoridad de científico y dirigente la separación del arte dental del colectivo de disciplinas médicas. Él habla de legalidad dental y presenta la aprobación política y estatal como concesión de la odontología a la sociedad, teniendo por base los siguientes enunciados:

- 1) casi no se puede hablar en patologías dentales, antes son lesiones;
- 2) los dentistas manipulan medicamentos, incluso peligrosos, en dosis anodinas;
- 3) la actuación del dentista no sobrepasa los límites dento-gingivales;
- 4) la economía dental [el funcionamiento dental] no comunica [interfiere] con la economía del cuerpo [con el funcionamiento del cuerpo];
- 5) no hay *normalidad dental*; así no hay peligro en la práctica del dentista y, en consecuencia, no hay necesidad de control público. (Bert, 1884)

Así dispuesto, años más tarde, Paul Dubois, el verdadero articulador político de la nueva profesión, se expresará en términos contundentes y elaborará la posición *correcta*, la *doxa dental*, aclarando que:

...en la federación de nuestros órganos, los dientes tienen un lugar aparte y no participan sino indirectamente y de lejos en las fluctuaciones pasajeras del estado de salud y de enfermedad; el *particularismo profesional* que queremos mantener se apoya sobre un *particularismo anatómico, fisiológico y patológico*... (Dubois, 1890)

Agregando a quien pudiera aún confundir el trabajo del dentista con el de un inexistente protomédico-dentista que "la similitud sería verdadera si el dentista ejecutara todas las operaciones necesarias teniendo en vista el estado patológico de la cavidad bucal y de los maxilares".

He aquí arqueológicamente reflejado en el pasado el diseño contemporáneo de la profesión y de la enseñanza odontológicas.

Consideraciones finales

Es posible pensar que una clínica así tan estrechamente definida no consiga abarcar al paciente bucal por entero. Que este hecho no sorprenda cuando se trata del ambiente privado del consultorio particular, este lugar donde se procesan producciones que no alcanzan la vida pública (Arendt, 2014), y donde prevalece la relación privada entre el enfermo y su curador, con esto todos podemos concordar. Lo que acaba ocurriendo, sin embargo, es que el “*cabinet dentaire privé*”, modelo de profesión articulada con los principios liberales del siglo XIX, no tiene utilidad cuando se trata del opuesto, es decir, *de articular en el espacio público y en función de políticas públicas el cuidado bucal a poblaciones como derecho de ciudadanía*. Esto si consideramos que la producción de dentistas y la reproducción de la odontología entre nosotros aún se procesa claramente según principios teórico-políticos emanados de la *belle époque*.

Parece faltar clínica a la clínica odontológica. Notamos bien esta falta en el relato epigrafiado al comienzo. La situación narrada remite a episodios de dolor buco-dental usualmente negligenciados en la práctica, incluso cuando ocurre en el ambulatorio-escuela. En este caso, la negligencia es enseñada. Hay estudios que apuntan a la producción del sufrimiento buco-dental y dimensionan con rigor la extensión del problema (Goes *et al.*, 2007).

Puede ser evidenciado que el foco en el *elemento dental* y no en el sujeto-paciente remite al punto crucial de la cuestión: la inexistencia para efectos prácticos de referencias al medio fisiopatológico interno. Si los dientes no forman parte de la “federación de nuestros órganos”, todo lo que se encuentra más allá del foramen apical es desconsiderado en términos de conducta clínica y terapéutica. Por este motivo, aún hoy se realizan procedimientos excruciantes sin analgesia e intervenciones quirúrgicas prolongadas solo con el uso de anestesia local sin la sedación del paciente.

Sería así la odontología una práctica donde no hay patología en ella, solo instituciones. Esto significa que el modo en que vino a organizarse como profesión se dio no con base en criterios de cientificidad y de recorte regional —aparatos o sistemas— sino en la profesión, en la asociación y en un *órgano* —el diente— y su lesión, la caries dental. Funcionan todos como instituciones o dispositivos. Es el caso de la caries, esa palabra del griego antiguo que significa estar podrido o corroído y que podemos apropiadamente denominar patología-madre. Como *matriz*, la caries indexa el funcionamiento de la enseñanza y se ve en la condición de proporcionar justificación científica para la profesión. Sobre esto, Freitas (2001) enfáticamente dirá que “la odontología se establece como profesión técnica, se afirma como práctica y no como ciencia y solo muy posteriormente se preocupará en volverse «científica»”.

Todo esto, como ya se ha dicho,

...compone lo que folgadamente denominamos *a priori odontológico*, con la caries dental fantasmáticamente recubriendo el horizonte clínico del dentista, y ya no se sabe al hablar de caries de qué estamos hablando, y así impidiendo o dificultando al profesional percibir otras enfermedades buco-dentales y ver más allá de los dientes. (Botazzo, 2013)

A priori es una categoría que indica un principio o conocimiento anterior a la experiencia, que viene de antes y no depende de la experiencia. En el caso que estamos examinando, significa que es posible dispensar el conocimiento de la situación clínica del paciente mediante la *experiencia de la consulta*. Todo es caries, o fue, o vendrá a ser caries.

Algunas pocas cosas más deben ser agregadas a estos comentarios. Primeramente, quisiera reiterar la dimensión de la clínica ampliada y su posible efecto en este marco teórico-político que acabo de describir. Esto implica un desplazamiento de la *idea de diente* a la de *sujeto-paciente*, este individuo biológico y social que cuesta aparecer para el dentista. Desplazarse así de este modo quiere decir incorporar, además del concepto de medio interno, su correlato de norma y normalidad, ambos ausentes en las teorías odontológicas. Es preciso aquí recordar una regla funcional básica:

Desde el punto de vista de la función bucal —masticatoria, por ejemplo— un diente aislado no significa nada, pues sin el diente opositor su estricta función —corte, dilaceración o trituración— no se cumplirá. Un incisivo solo cortará si tiene un incisivo opositor y de igual modo un molar o un canino. Aunque el sujeto tenga 5, 10 o 12 dientes en su boca, si no hay oposición, no habrá oclusión y, por lo tanto, nada de función masticatoria. En esta perspectiva, el diente [de la odontología] aparece como una institución, marcaría tiempos, ritmos, modos de hacer —ciertas técnicas—, fijaría la identidad profesional y demarcaría el territorio de una intervención. (Botazzo, 2013)

En segundo lugar, una aproximación con la clínica es necesaria. Un largo extracto es necesario y bienvenido:

¿Pero qué significa exactamente decir que no hay clínica en este lugar o que se trata de una clínica en la cual no hay patologías, solo instituciones? Prestemos nuevamente atención, veamos cómo esto sería posible. Inicialmente, debemos reconocer que toda actividad clínica se asienta o se reparte entre la anatomía, la fisiología y la patología. El practicante conoce la estructura “normal” del cuerpo humano, su funcionamiento y las alteraciones a que podrá estar sujeto. Son fundamentales tres conceptos aliados y simultáneos: el de célula, el de tejido y el de órgano. La moderna descripción del ser vivo se tornará posible con el uso combinado de estos tres conceptos que son también los términos que permitirán las descripciones de las alteraciones que sufren, concebidos como proceso patológico. Tienen al final la propiedad de decirnos cuánto y qué se alejó de la estructura “normal” y de la correlativa función “normal”. Función, ya sabemos, es algo que no vemos, pero cuyos efectos sentimos. En resumen, la anatomía patológica nos permitió comprender cómo tal síntoma o señal particular correspondía a tal o cual alteración en el órgano o en los órganos implicados. Este sentido de

localización es fundamental para establecer los nuevos (y contemporáneos) sentidos médicos de la enfermedad. Junto con la microbiología permitieron otra base epistemológica y otra justificación técnico-política para sostener en la sociedad capitalista moderna la modernidad de la clínica médica. (Botazzo, 2024, pp. 336-337)

Clínica médica, clínica de psicología, clínica de oftalmología, de traumatología o clínica de salud bucal: el método clínico permite poner al paciente en escena y, mediante sus historias patográficas, que son las historias de vida del paciente, constituir el caso del paciente y, en equipo y con él, construir un proyecto terapéutico singular (Kovaleski *et al.*, 2006). Profesionales en la salud pública reclaman por esta posibilidad, estudiantes en las escuelas reivindican esta otra pedagogía (Santos *et al.*, 2017).

Desde su emergencia, se sitúa una especie de función social de la odontología que es enseñar a las personas el cuidado de los dientes. Del mismo modo que los dientes están separados de la boca y esta viene separada del cuerpo, esta función higienista de los cuidados dentales no dialoga con las prácticas de limpieza adultas que están establecidas socialmente. Del mismo modo, el énfasis discursivo en el consumo de alimentos y productos con sacarosa no dialoga con la dieta de un individuo ni con los actuales trastornos alimentarios y metabólicos. A esto denominé “infantilización del cuidado bucal”, puesto que:

El control de las funciones bucales, sin embargo, como apariencia, se da o se establece por la reiteración del discurso sobre la necesidad (infantil) de enseñar a los hombres y mujeres las técnicas de limpieza de los dientes y, desde la modernidad, reprimir el deseo... (Botazzo, 2013)

Tiene resultado ineficaz transferir al ambiente público el proceso de trabajo y todas las concepciones de esta clínica de lesiones propia del viejo *cabinet*. El ambiente público, es decir, un sistema nacional de salud, exige otro concepto y otra práctica, otro trabajador en consecuencia.

Recientemente, salió a la luz un documento suscrito por profesores e investigadores de odontología de varios países. Denominado *La Declaración de Cascada*, es verdaderamente un manifiesto contra la odontología que se acaba de describir. Los puntos principales de la *Declaración* ya antes estuvieron presentes en muchos otros ensayos y artículos producidos en Brasil y otros países de América Latina, pero vale que sea reiterado en extensas referencias:

Creemos que la profesión dental, tal como está constituida actualmente, no educa adecuadamente para enfrentar los problemas de salud bucal del público.

La odontología debería convertirse en una especialidad de la medicina, tal como la otorrinolaringología (ENT), la oftalmología, la dermatología, etc., son especialidades de la medicina. Como tal, los médicos de salud bucal serían responsables de proporcionar liderazgo al equipo de salud bucal en la gestión de enfermedades avanzadas y en la provisión de atención de emergencia, alivio y manejo del dolor, infecciones y sepsis, manejo de traumatismos, diagnóstico y manejo de patologías de tejidos blandos y, cuando sea justificable desde el punto de vista de la manutención de la salud,

intervenciones para restablecer una dentición funcional y reconstrucción orofacial.

La odontología parece estar alejándose de su tarea de prevención y control de la progresión de la enfermedad y de mantener la salud. La boca se ha disociado del cuerpo, al igual que la atención de la salud bucal se ha separado de la medicina general. Aunque no hay duda de que la intención de la profesión es mejorar la salud, los regímenes de tratamiento comúnmente utilizados para la caries dental (perforaciones y empastes) y las enfermedades de las encías (raspado y pulido) no detienen ni controlan su progresión. Además, el relleno de dientes inevitablemente conduce a un ciclo de reemplazos de tamaño creciente, reduciendo en última instancia la vida de la dentición. (Cohen *et al.*, 2017)

El cuaderno de pruebas de la edición de 2001 del mismo examen de habilidades realizado en 2007 presentaba la siguiente redacción:

En la odontología moderna, el órgano dental no es considerado como un elemento aislado, sino como parte integrante de un complejo sistema masticatorio que exige del profesional no solo la habilidad manual que puede ser desarrollada a través de ejercicios de repetición... (Unicamp, 2001)

He aquí presentificado y gozando de buena salud, vivificado y actuante en el siglo XXI, el mítico *diente normal* idel siglo XIX! (Cercle des Dentistes, 1882, p. 160).

Algunas conclusiones parciales y provisionales

En este capítulo se analizaron los principales contenidos conceptuales o político-pedagógicos de la enseñanza odontológica. Se utilizó el método arqueológico foucaultiano, teniendo por base artículos, ensayos, correspondencias y diferentes narrativas sobre el tema, incluyendo extractos de programas de estudio.

Las explicaciones no fueron alineadas en un único recorte temporal; al contrario, se presentaron de forma diacrónica. De este modo, la narrativa textual eventualmente presentó rupturas y saltos, pero siempre manifestando sincronicidad a lo largo de la exposición, preservando la coherencia e inteligibilidad del texto.

La profesión odontológica fue caracterizada como tecnicista, fuertemente centrada en lo dental, mientras que la enseñanza fue vista desde el énfasis en el trabajo de laboratorio y en el dominio de materiales y técnicas de confección de prótesis.

En vista de este recorte, se analizaron con recurso al método los contenidos históricos presentes en la malla curricular contemporánea de la odontología. Fue posible evidenciar que tales contenidos expresaron lo que en el siglo XIX se denominó “instrucción del espíritu por las manos”.

Esto vino a significar un modelo de enseñanza específico en el cual la educación del estudiante de odontología se daba mediante el ejercicio de habilidades manuales.

De igual modo, se presentaron en conjunto el antiguo diseño de la profesión con su límite dento-gingival y se evidenció que los pilares políticos y las concepciones de lo que es el trabajo del dentista se mantienen hasta los días de hoy, conformando el llamado currículo oculto.

Capítulo 5

Historia de la micropolítica de las prácticas odontológicas: por un concepto de la práctica de los dentistas

Ante todo me gustaría agradecer a la coordinación del grupo de trabajo de Salud Bucal de Abrasco y particularmente a Otacílio Néto por la invitación a participar de esta conferencia y luego a integrar la presente recopilación¹. Una enorme satisfacción haber compartido este espacio con él, con Cristine Warmling y Thaís Aranha-Rossi. La escritura seguirá más o menos la línea adoptada durante la exposición. Buscaré complementar razonamientos truncados, incluyendo ideas, dudas y sugerencias de los debatientes en el chat y eliminar comentarios transversales que pierden su función al cambiar de un tipo de lenguaje a otro.

En estas líneas introductorias a este diálogo bucalero, de esta boca que nunca se aquieta, se vuelve obligatorio rescatar el tema del pertenecer. Cuando pensamos sobre la práctica o de cómo la práctica nos constituye como sujetos, pronto surge esta cuestión. Y es de este modo porque siempre que somos sujetos constituidos por una práctica, ya queda evidente cómo pertenecemos, dónde se expresa ese pertenecer y a qué territorio se refiere, territorio que entonces es a un solo tiempo su localización y su existencia (Warmling *et al.*, 2012; Warmling, 2017).

Para nuestro razonamiento, ese territorio debe ser entendido como el de la práctica odontológica o de las prácticas odontológicas, puesto que no hay solo una, sino varias y diferentes. Es en esta dirección que debemos entender la dimensión instituyente de la odontología. Como práctica social, se constituye —su propio proceso de darse como institución— y al hacerlo, instituye tiempos, técnicas, procesos, ritmos, modos de hacer. Es de esta manera que entonces ella es producida y a un solo tiempo productora. Ella es el modo práctico de producción de cirujanos-dentistas. En acto vivo, he aquí la odontología reproducida en el ciclo de su existencia social. Pero no sería solo de este modo lineal y unívoco. Ser así como ella es significa que son producidos a un solo tiempo los dispositivos prácticos objetivos y los inmateriales o subjetivos, los modos por los cuales la odontología y, en conjunto, los dentistas se representan y son representados por la sociedad. O el modo como se ven y son vistos.

¹ Publicado en *Diálogos bucaleros. Reflexões em tempos pandêmicos* (Néto *et al.*, 2021, pp. 93-111).

De qué estamos hablando

Estos tiempos de pandemia nos dirigieron hacia actividades *en línea*. La situación es terrible y aún no tenemos claridad sobre lo que está ocurriendo, sin embargo, hay líneas muy bien establecidas del momento en que vivimos en Brasil. Vivenciamos o experimentamos esta política que está colocada, esa cosa devoradora que está puesta. Arden los bosques de nuestro país, arden nuestros corazones. Es en esta marca que somos estimulados al desplazamiento, a salir en busca de nuevas posibilidades. Vuelve a la memoria la frase-síntesis: “Hay gran desorden bajo el cielo, la situación es excelente”. A primera vista, esta afirmación no tiene sentido ni tuvo sentido para muchos cuando fue propuesta como lema del 15° Congreso Paulista de Salud Pública (Botazzo *et al.*, 2018). Sin embargo, por ser inusual, nos insta y calmadamente nos conduce a reflexionar y pronto comienzan a formarse nuevas elaboraciones. Hay desorden, es verdad, y esta incomprensible libertad lingüística estimula nuestra mente a pensar diferente, a pensar lo nuevo, a interpretar las ocurrencias con la mirada que pregunta cómo esas cosas fueron o son posibles; no se pregunta “por qué”, una pregunta algo ligada a la moral, sino en cuanto al “modo” como pudieron ocurrir, su devenir, su condición de posibilidad, que es el proceso mismo de volverse hecho. Entonces, percibir excelencia y expresividad donde solo aparece desorden implica mirada y distanciamiento, implica movimiento y desplazamiento. Y si nos vamos a desplazar, que sea al menos para ir en busca de aquello que no conocemos. Pienso que eso nos ayuda otra vez a buscar la utopía. Que las diosas de los mundos no existentes nos protejan y nos inspiren.

Tomaré un camino un poco diferente al adoptado por mi antecesora porque pienso abordar el modo como los dentistas son formados, o sea, producidos y cómo en proceso, al ser producidos, reproducen la odontología. Para ese propósito, me gustaría inicialmente articular dos categorías del pensamiento de Bourdieu, que son *habitus* e *illusio*. Hice asociaciones con cuestiones más internas de la práctica odontológica y pensando historia, pensando esa práctica que nos constituye, establecí la conexión con estas dos ideas que lidian directa e indirectamente con otro concepto clave para entender esta temática, que es el concepto de estructura. Es así que Bourdieu, de modo militante, nos invita a pensar *habitus* e *illusio* y a percibir cómo a partir de ellas es posible pensar el concepto de estructura, o sea, las reglas generales objetivas que más o menos inconscientemente conducen nuestras acciones. A pesar de estar bastante gastada, esta categoría aún tiene fuerza teórica para explicar muchas cosas, múltiples eventos que se materializan en el espacio de lo social. En conjunto, estas tres categorías nos proporcionan una buena base para pensar una teoría de la práctica odontológica. Por extensión, igualmente una teoría de la práctica de la salud bucal colectiva.

Habitus sería, grosso modo, aquello que nos es familiar, que se vuelve familiar para nosotros. Las cosas familiares surgen, se constituyen, se desarrollan y aún pueden transformarse en otra cosa y, dado el hecho de acompañar su génesis, psíquicamente nos acomodamos a su curso y evolución, tanto como acompañamos cosas que se desarrollan en el espacio de los afectos y las emociones. Cuando

pensamos o hablamos en *habitus*, lo fundamental es percibir las reglas a las cuales esas *cosas familiares* se encuentran perfiladas. Lo que significa decir que el *habitus* es el principio organizador de la acción. Dicho de otro modo, *habitus* son “sistemas de disposiciones duraderas, estructuras estructuradas predispuestas a funcionar como estructuras estructurantes, es decir, como principio que genera y estructura las prácticas y las representaciones que pueden ser objetivamente ‘reguladas y regulares’...” (Bourdieu, 1972, p. 175). Por eso, para un dentista, la odontología y sus procedimientos le son tan familiares como la continencia y el orden unido son para los militares.

Illusio puede ser vista como un juego, un juego bien jugado con sus elementos (¿cartas?) formadores: las creencias y gustos comunes entre los que están en relación en el juego, en el mismo campo. *Illusio* indica la creencia fundamental de los participantes del juego, o sea, de una acción social determinada. *Habitus* e *illusio* se encuentran en diálogo permanente. El juego como contenido expreso de la *illusio* viene a ser “juego social”. No estamos todo el tiempo recordando las “reglas” del juego en sociedad. Todos los juegos en todos los campos —educación, economía, ciencia, salud, etc.— son conducidos por reglas y ellas son internalizadas en los cuerpos de los agentes (hombres concretos) por efecto del *habitus* (es decir, de aquello que nos es hecho familiar). Por eso, los juegos de los distintos campos —salud, educación, etc.— forman *illusio* particulares o el lugar de juegos específicos. Y hacemos todo eso sin tener que pensar (tener conciencia) porque internalizamos las reglas de funcionamiento del juego, tal como “alguien que hace mucho tiempo aprendió a conducir. Su cuerpo ya internalizó la propia dinámica práctica de la acción de conducir (cambiar marchas, tomar curvas, etc.)” (Monteiro, 2018, p. 105).

Como lugar de “disposiciones internalizadas”, es decir, de lugar de la voluntad (o del deseo), *illusio* expresa creencias, lenguajes y otras formas culturales o simbólicas; los sujetos pueden compartir y también pertenecer a diferentes *illusio*.

En este sentido, *illusio* es homólogo al concepto de colectivo de pensamiento o de comunidad epistémica propuesta por Ludwik Fleck. Este autor definió comunidad epistémica (es decir, comunidad de pensamiento) como lugar de compartir lenguaje y objetos, lugar de preocupaciones, modos de ver y hacer, de creencias e, igualmente, de pertenecer a diferentes colectivos: políticos, religiosos, científicos, de interés cultural, etc., (Fleck, 1986). Es muy parecido *illusio* y comunidad epistémica. Y se vuelve aún más fuerte la proximidad si nos referimos a la *illusio* particular de la ciencia (los que juegan el juego de la ciencia).

Es incluso el caso de preguntar por las condiciones prácticas para la investigación en Salud Bucal Colectiva y si nosotros, los bucaleros, pertenecemos a un colectivo de pensamiento, si formamos una comunidad epistémica. Estamos probablemente aún muy seducidos por el concepto de paradigma, cuyo enclaustramiento nos impide percibir la fluidez que las cosas tienen, como bien nos señalaron Moisés & Sheiham (2003). Y también el hecho de pertenecer a diferentes colectivos (políticos, religiosos, culturales) y ni siempre tener en cuenta o ni siquiera saber, quería mostrar un poco esta dimensión. En fin, hay que destacar la naturaleza “operativa” de la producción intelectual de Pierre Bourdieu y también su lado crítico, él que como sociólogo decía

no ser un “comentarista sedentario de las ideas ajenas”; o al afirmar que “la sociología es un deporte de combate” (Carles, 2001).

Las teorías de Bourdieu tienen así esta dimensión... que suelta, desamarra el modo de percibir. Y ese diálogo que entra todo el tiempo para nosotros que nos hace preguntar: ¿qué es esta práctica... esta odontología que nos constituye? ¿Cómo somos? Sin embargo, incluso siendo la odontología esa institución tal como ella se presenta y tal como históricamente se constituyó y nos constituyó, es necesario, a la manera de Raymond Carver², preguntar: ¿de qué estamos hablando cuando hablamos de salud bucal colectiva? Y no es sin sentido esta cuestión. Pues es posible distinguirlas —odontología y salud bucal colectiva— por los problemas teóricos y prácticos de cada una de ellas: la elección de objetos, los lenguajes que utilizan, los métodos empleados, las teorías que explican y ayudan a comprender una y otra, y los problemas que deben resolver. Estas son cuestiones de relevancia y todas vienen a formar el mundo práctico de ellas. Es así que *el problema* de la odontología no es el mismo que el de la salud bucal colectiva, y esto equivale a decir que *las teorías de que se valen* una y otra para resolver los problemas planteados son ellas también distintas (Capítulo 8 de este libro).

Aquí es importante señalar lo siguiente, señalar a los dentistas en el SUS, los equipos de salud bucal. Porque la práctica cotidiana de los dentistas en el SUS no es fácil, no es cosa simple, son muchos los desafíos y ni siempre el gestor comprende la situación. El sistema cobra procedimiento y producción en números y los profesionales que buscan un cierto equilibrio entre la realidad observada, esa vida social conflictiva que insiste en entrar por la puerta principal de la unidad básica de salud o centro de salud y la estrechez de las concepciones sociales aprendidas durante la graduación, entonces veo que los dentistas del SUS necesitan otro tipo de soporte, otro tipo de supervisión que las coordinaciones de salud bucal y los gestores municipales nunca han proporcionado.

Esto es consecuencia de algo previsible: es que cuanto más los dentistas en el SUS practican el camino de la promoción y se preocupan por la calidad de vida de sus pacientes, cuanto más buscan la integralidad del cuidado, menos se sienten motivados a continuar haciendo una odontología de consultorio. En 1988 decíamos: “a medida que la odontología va volviéndose cada vez ‘más integral’, va también volviéndose cada vez «menos odontología»” (ver Capítulo 1 de este libro). Decir de este modo es bonito, pero la realidad de los servicios termina cobrando un precio. La verdad es que la salud (bucal) colectiva es parte inseparable, en teoría y práctica, de la salud bucal colectiva. Ella se da a un solo tiempo como generalidad y como particularidad regional, bebiendo cómodamente del manantial del conocimiento de las ciencias sociales y humanas. Es decir, los dentistas “bucaleros” pueden, cada vez, más, ser “colectivistas” (generalidad corpórea, sociedad, etc.) y a un solo tiempo practicar una clínica de salud bucal que contemple la especificidad de la boca humana (particularidad regional).

² En referencia al libro de Raymond Carver, *¿De qué hablamos cuando hablamos de amor?*

Cerrando esta discusión, podemos decir que sujetos diferentes construyen diferentes problemas a partir de la misma realidad (porque distintos sujetos construyen distintas realidades). Problema como constructo es algo distinto de problema preexistente o a priori, puesto que problema no es producto dado, sino producto producido (Testa, 1985). El problema planteado por la odontología no es el mismo problema de la salud bucal colectiva y aun las teorías para la solución de problemas también serán diferentes. Si aceptamos el desafío de pensar odontología y Salud bucal colectiva como campos (¿por qué no?), entonces la *illusio*, el juego en el campo uno y otro, son juegos diferentes en uno y otro, no son los mismos juegos. Y no serían igualmente sus creencias ni los sistemas de significación de uno y del otro. Mientras la primera es obligatoriamente dental, la segunda tiene a la sociedad y al hombre en ella como referente. Y en la conexión dialéctica entre lo general y lo particular, podemos cómodamente perdernos en el manantial del conocimiento de las ciencias sociales y humanas y desde entonces, con este otro referente, ver cómo podemos encaminar algunas nuevas (viejas) cuestiones. Y naturalmente, ver la odontología desde un punto de vista no odontológico.

Lo dentario o el conocimiento por las manos

Tanto *habitus* como *illusio* pueden ser transmitidos y enseñados. Son transmitidos y enseñados disciplinariamente, es decir, son presentados como si fueran conocimientos científicos. Todas las disciplinas tienen el mismo rasgo, esto el viejo Foucault ya nos lo decía en el siglo pasado al definir las como “...conjuntos de enunciados que copian su organización de modelos científicos que tienden a la coherencia y a la demostratividad, que son admitidos, institucionalizados, transmitidos y, a veces, enseñados como ciencias” (Foucault, 1990, p. 299).

Es por dentro del contenido de *habitus* e *illusio* que una cierta pedagogía se instala y esta antes que nada es una pedagogía práctica, pues antes que todo ella se dirige al cuerpo del aprendiz:

...el *habitus* permite que la acción sea resultado de la internalización de las normas, valores y representaciones exteriores al cuerpo. El *habitus* permite la constitución de los esquemas cognitivos formando la matriz de percepción y de acción del agente. El cuerpo socializado en ese sentido se convierte en principio fundante de las conductas. En una frase [como diría Bourdieu] ‘aprendemos por el cuerpo’... (Monteiro, 2018, p. 106).

El *habitus* dental es el contenido material, objetivo y subjetivo de la educación odontológica y hay un saber colocado en esas disposiciones. Siendo al modo de una “educación primera”, es decir, de entrada (o vestibular o propedéutica), es en el cuerpo que inicialmente ella “se adhiere”. Tal “adhesión” contiene “...valores, representaciones y

símbolos que permiten al estudiante acceder al orden del «arte». Ella es pura práctica que se hace pasar por reflexión y teoría” (Bourdieu, 1972, p. 196).

Es decir, también en la educación odontológica “el trabajo pedagógico tiene por función sustituir el cuerpo salvaje —no educado y por eso mismo libre— por un cuerpo “habitado”, lo que significa decir temporalmente estructurado” (Bourdieu, 1972, p. 196). Diciendo de otro modo “tal saber no es originario de la conciencia de un conocimiento reflejado, calculado, planificado o incluso racionalizado instrumentalmente, sino de la acción de la rutina, de la práctica que realizamos de forma repetida” (Monteiro, 2018, p. 108).

En este esquema, el aprendiz adquiere por familiarización y por formas de inculcación “insensiblemente y sin darse cuenta los principios del arte” en un régimen de “transmisión explícita y expresa por la prescripción y por preceptos” los cuales “bajo la apariencia de espontaneidad constituyen numerosos ejercicios estructurales que tienden a transmitir una forma particular de dominio práctico” (Monteiro, 2018, p. 191). En este lugar, cómodamente se instala cierta *odontología in vitro*, que viene a ser la artificialización del proceso pedagógico tanto en el laboratorio como en el consultorio, instalación suficientemente demostrada por Fonsêca *et al.* (2017, 2018).

Es así como son transmitidos en el proceso de la educación odontológica tales “sistemas de disposiciones duraderas”, las estructuras estructuradas predispuestas a funcionar como estructuras estructurantes. Esto significa que la odontología como estructura estructurada se reproduce por la “estructuración” del estudiante según un modelo previamente diseñado y concebido en esa condición³.

Podemos listar en esta circunstancia los discursos sobre la caries dental, la enfermedad-símbolo del universo discursivo y práctico de la odontología o su estructura estructurada, lo que viene a ser lo mismo. Oportunamente denominé a la caries la *patología-madre*; también fue llamada *fetiche* y la propia odontología ya apareció bajo esa denominación (Freitas, 2001; Botazzo, 2013; Figueiredo *et al.*, 2003). Podemos añadir otros referentes explicitando el hecho de que los discursos odontológicos sobre la caries inciden sobre la forma infantil de la enfermedad y también por el efecto práctico que puede traducirse como regresión del paciente o su infantilización. Todo eso en conjunto coloca bajo sospecha teórica y política la relación triangular placa-cepillo-sacarosa. Prescribir a los pobres, negros y excluidos en general que se cepillen los dientes y no coman dulces no puede seguir siendo considerado como una práctica científica o de salud colectiva; antes es higienismo en su más auténtica manifestación de clase.

³ Nunca está de más recordar que la odontología estructurada de la que estamos hablando no tiene nada que ver con la cirugía dental de Pierre Fauchard. Solo la historia ingenua sigue refiriéndose a Fauchard como el “padre de la odontología”. No obstante, hay que reconocer que él desempeña un cierto papel en la formación del imaginario odontológico, una especie de epifanía pirandelliana de efecto retardado. Hay una extensa discusión sobre esto en *El nacimiento de la odontología* (Botazzo, 2010), particularmente en los capítulos 4 y 5.

Proceso (lugares) de dentalización

Foucault, discutiendo los preámbulos de la educación médica, hará digresiones muy adecuadas a nuestro tema. La escena principal deriva de las consideraciones sobre lo normal y lo patológico, tema al que su maestro Georges Canguilhem se había dedicado. Foucault discute la clínica médica moderna, esa que emerge después de que las ciencias biológicas del hombre cruzaron con las ciencias sociales del hombre. Por ejemplo, la anatomía, que es una de esas ciencias en la contemporaneidad del siglo XIX, disecciona cuerpos no en busca de algún “*pneuma*” o de “humores” alterados, sino para comprender la constitución del cuerpo del hombre, órganos y tejidos. Es ahí que surgen nuevas disciplinas como la embriología y en diálogo con la antropología y la arqueología, la anatomía comparada permite hacer la correlación entre estructuras anatómicas humanas y la de los animales. Y finalmente, la anatomía patológica dirá de qué y cómo los hombres murieron. Es este el momento, dirá Foucault, en que la clínica se ve revolucionada por completo. Porque ahora lo que interesa son órganos y tejidos alterados y todo lo que de ellos puede ser visto y hablado⁴. Pensar lo normal se convierte en tarea central de la actividad médica tanto como pensar lo patológico. La enfermedad no contiene nada de anormal, todo el mundo sabe eso. Esta es una posición o categoría moral (por tanto, política) de la sociedad. La norma que rige todos los cuerpos y también el funcionamiento de la sociedad ya indica que todo eso se encuentra dentro de parámetros cuantitativos. La glucemia elevada (en relación a un promedio) tiene efectos fisiológicos localizables, identificables y cuantificables; todos conocemos los significados de los puntajes de exámenes de laboratorio tanto como de la medición de otros datos funcionales del paciente. Es claramente de norma y normalidad que trata la actividad médica. Foucault dirá que antes de “normalizar” al paciente, el médico deberá ser él antes normalizado. Y todo eso desembocará en el aula, en el laboratorio, en la biblioteca, en el consultorio y en el hospital. Foucault denominará esos diferentes espacios como *lugares de clínica*. En ellos se aprende a ser médico (y también el paciente aprende a ser paciente). Antes de cuidar de la normalidad del paciente, el médico necesita ser *normalizado*. Hegel, Marx y Paulo Freire dicen lo mismo: el cuidador necesita ser cuidado; el formador necesita ser formado; el que enseña tiene antes que aprender (o aquel que enseña, de repente, aprende). El médico tiene por eso que ser “medicalizado”.

Pensé la dentalización del estudiante de odontología usando el mismo razonamiento o la misma matriz discursiva que Foucault utilizó para hablar de la “medicalización” del médico. En el caso odontológico, naturalmente, las disciplinas prope-
deúlicas expresan esa vocación, pues el foco de la atención pedagógica se encuentra

⁴ Hasta prácticamente finales del siglo XVIII, los conceptos médicos sobre las enfermedades humanas se basaban en un conocimiento de tipo clasificatorio. No había un órgano afectado y, sobre todo, tejido alterado, sino especies de enfermedad; las enfermedades se clasificaban en especies, exactamente como había especies animales y vegetales. La boca albergaba 130 especies nosológicas diferentes. De este modo, las enfermedades se distribuían y circulaban por el cuerpo, permitiendo la interpretación de los signos y síntomas para determinar a qué especie pertenecían (Botazzo, 2010).

colocado en el elemento dental y no en el paciente. Tal postura acarreará consecuencias importantes y desarrollos futuros relevantes. Como acción pedagógica, mantener el foco en el diente y no en el paciente puede ser considerado central en el proceso de dentalización del estudiante de odontología.

¿Y qué significa esto? Dentalización u odontologización es el proceso mediante el cual se instalan categorías mentales y afectivas en el sistema cognitivo del estudiante por la reiteración de lo pequeño y la minucia, referidos y circunstanciados desde los primeros semestres lectivos al espacio de la dentadura humana considerada por separado y no como conjunto estomatognático fisiológicamente sinérgico. Más específicamente, foco en un diente humano, apropiadamente denominado elemento dental, que viene a ser un sucedáneo de individuo, el *individuo biológico de la odontología* (Capítulo 9 de este libro).

Entonces, quiero pensar con ustedes cómo es que la odontología se reproduce. Es decir, la cuestión es: cómo produzco el cirujano dentista y en el proceso de producción del cirujano dentista, reproduzco la odontología. Primero, es necesario pensar en los llamados lugares de dentalización ya mencionados. Recordemos que en el proceso de la formación médica es nítida la idea de la normalización basada en el concepto de norma y normalidad. Como no existe concepto de norma en la odontología —¿qué sería un diente normal? ¿cómo tal cuestión aparece o significa para las teorías odontológicas?— podemos imaginar un similar, un proceso de dentalización u odontologización del estudiante estructurado en el proyecto político-pedagógico de la odontología que tiene por foco el elemento dental humano y no un individuo biológico humano que ocasionalmente podría ser llamado el paciente. Dada la introyección de la estructura (por eso ella es estructura estructurante), desplazarse posteriormente del diente al paciente es un camino largo y complicado. Esta afirmación no debe ser vista solo como un recurso retórico, hay consecuencias muy importantes para el futuro de la profesión en su relación con la sociedad, pues sabido es que el elemento dental no tiene cerebro, por lo tanto, no tiene conciencia ni consciente, no tiene psiquismo, subjetividades y tal. El estudiante aprende a cuidar de una cosa que es solo una cosa; lo sensible y lo sensorial están del otro lado (Bastos *et al.*, 2018; Akerman & López, 2020).

Históricamente, un conjunto de maniobras quirúrgicas dentales fueron agrupadas en prácticas pedagógicas genéricamente denominadas “dentistería” (*dentística* en Brasil, *dentisterie* en francés y *dentistry* en inglés) y su enseñanza o la enseñanza de la práctica se constituyeron en centralidad⁵. Solo a mediados del siglo XX la operatoria vino a ser dividida en dos o tres disciplinas distintas —endodoncia y periodoncia— mientras que la preparación y el cierre de cavidades dentales con sustancias plásticas restaron objeto de la dentística.

Pero no se llega al diente verdadero sin antes pasar por su simulacro. Y antes de que cualquier maniobra quirúrgica venga a ser práctica, será en la superficie del

⁵ “La dentística, especie de disciplina madre, es de hecho la procesadora de ese orden. El diente fue su cadáver: ella lo abrió en busca de los conocimientos allí encerrados y costó mucho hasta que consiguió develar todo lo que allí se ocultaba” (Botazzo, 2010, pp. 34-35).

simulacro donde las habilidades manuales del estudiante serán ejercitadas. Un saber es introducido y las manos se vuelven lugar de conocimiento. El estudio anatómico del diente humano se corona con ejercicios prácticos de escultura. Tales ejercicios prevén la reproducción fiel

...de la morfología coronaria de los dientes permanentes en tamaño natural mediante el dibujo y la escultura en bloques de cera blanca o marfil [...]. Se esculpen dientes de tamaños variados. Se aprende en detalle la existencia de surcos y fosas, de cúspides y tubérculos. Tales accidentes anatómicos son denominados y existiendo en el lenguaje pasan a tener existencia concreta. Ellos se realizan por las manos que emergen con su realidad cerúlea en la mano del estudiante. *Son así como tótems ya ahora a significar la futura profesión.* (Capítulo 4 de este libro)

La fiel reproducción de la morfología coronaria como *trabajo vivo en acto* tiene como atributo cualitativo activar los circuitos neuronales del estudiante y prepararlo para interiorizar el contenido de la *illusio* odontológica —preparación cavitaria, manipulación de sustancias plásticas con diferentes usos, teorías de la enfermedad dental (patología madre), técnicas de cepillado, enseñanza motivacional y énfasis comportamental (porque el dueño del diente necesita ser instruido y motivado, es decir, él también debe ser dentalizado para encargarse de las nuevas tareas del autocuidado dental y protético)—. Es decir, todo aquello que viene a caracterizar el juego y cómo jugarlo bien. En él se aprende sobre dientes y se pierde la idea de individuo biológico que es el hombre (la mujer, el niño, etc.) a quien el diente pertenece. He aquí el fetiche en brillo: ¡es el diente que esconde al paciente!

Sin duda, uno de los procesos más sorprendentes de la dentalización es la escultura dental. Y vean, cuando esos accidentes anatómicos pasan a ser denominados —*fabricados y denominados*— pasan a existir en el lenguaje, pues ahora hay una lengua que se constituye *siendo como la lengua dental de un sujeto en constitución* y el lenguaje y el lugar que el sujeto ocupa son descriptivos para el análisis del discurso.

Manos, mirada atenta, escrutinio del diseño: manos y mirada, producción de firmeza y destreza en el corte, el sujeto-cuerpo se compromete⁶. Son todas como “manipulaciones simbólicas de la experiencia corporal, comenzando por aquellas que ejercen desplazamientos en un espacio míticamente estructurado” (Bourdieu, 1972, p. 196).

Las cosas aquí pasan a tener existencia simbólica, son como tótems. Entonces, como trabajo vivo en acto, la *fiel reproducción* de su objeto de trabajo, la escultura dental, contribuye al cambio cualitativo: *cultivar* el diente es establecer el placer por lo dental. Y ese *culto* es como un ejercicio de socialización: se trata de “socializar lo fisiológico [lo anatómico] y transformar eventos fisiológicos [eventos anatómicos] en acontecimientos simbólicos desencadenados por estimulación condicional”. Podemos decir

⁶ “Es necesario, para el dentista, que la educación de la mano se realice desde el comienzo de sus estudios para que llegue a convertirse en un buen practicante. Por eso, aquellos que empezaron sus estudios temprano con la prótesis son los mejores operadores...” (Godon, 1901, p. 268).

que por la simbolización (fetichización) se instaure una nueva perspectiva: el cultivo dental se abre a una nueva posibilidad de gusto, una estética que le es propia como si fuera “la transmutación del hambre en aperitivo” (Bourdieu, 1972, p. 197).

Para una conclusión inconclusa adecuada a estos tiempos de Covid e incertidumbres pandémicas (incertidumbres neoliberales)

Hasta aquí lo que podemos deducir es que el proceso de dentalización del estudiante es un *dispositivo* de producción de sujetos y, por lo tanto, de reproducción de la odontología. *Dispositivo* comparece como una apropiación teórica de Michel Foucault en diálogo con su categoría homóloga *bourdieusiana*, estructura estructurada estructurante, como vimos en las páginas precedentes, tanto como en diálogo con el concepto de *institución o lo instituyente y lo instituido* en Lapassade (1982), Lourau (2014) y L'Abbate *et al.* (2013).

La práctica de los dentistas o el trabajo que ellos realizan se encuentran circunscritos por los dispositivos materiales de que disponen. Son instrumentos de corte, en particular los rotatorios, de los cuales el *alta-rotación* aún es el gran ícono, y extensamente los materiales restauradores. Digo *circunscritos* porque, en verdad, ellos rodean, delimitan, imponen los modos cómo los dientes serán tratados y mantenidos o extraídos y sustituidos por prótesis. Sin ese universo de materialidad instrumental, la práctica odontológica no se efectúa. Su objeto es el diente o elemento dental y de nada valen los llamados a que los dentistas se dediquen a nuevas formas de ejercicio profesional. No existe esa posibilidad, puesto que, como producto histórico, la experiencia práctica que la odontología proporciona solo es posible cuando está mediada por tales dispositivos. Sin embargo, en condiciones normales de presión y temperatura, si falta electricidad o agua corriente, o si no hay cómo usar el alta-rotación —por ejemplo, cuando el compresor de aire está roto— la deserción es cierta. Por eso, en la pandemia, los dentistas poco saben hacer y, sin embargo, si se les deja libres, pueden hacer mucho, pueden encontrarse en el equipo de salud y reencontrarse consigo mismos.

Para finalizar, recordemos algunos pocos tópicos:

- 1) Los dentistas no deben ser culpados si no saben qué hacer fuera del consultorio. Nuevos procesos de trabajo son posibles con otros referentes teóricos, políticos y afectivos. Hay cómo producir cuidado en salud bucal y es posible valorar la experiencia bucal de los sujetos. Y para eso no se necesita mucho.
- 2) Antes que nada, debemos resaltar la naturaleza social de la boca humana, incluidos los dientes en ella insertos: todo eso tiene fuerte inscripción en el psiquismo y en la cultura y puede emerger en el momento de la consulta;

- 3) Colocar al paciente en el centro del proceso terapéutico; este centro es el propio paciente con su habla liberada; escuchar es acto de cualificación de la queja del paciente y de respeto por su voluntad;
- 4) Entender que la historia de vida y la condición bucal son perfectamente coalescentes —una va con la otra—; la constitución del caso clínico mediante la escucha anamnésica es momento decisivo, pues es cuando aparece el enfermo y su malestar;
- 5) Observar que no todo es enfermedad, la naturaleza es sabia; hay que prestar atención en el relato del paciente que habla de sí y de su boca como territorio de experimentaciones y vivencias;
- 6) Percibir el lugar del sujeto y todo lo que puede emerger; color de piel, sexualidad, lugar social, locura —un sujeto existente incompleto en negatividad, desviado;
- 7) Descolonizar y desmedicalizar (desodontologizar) la relación con el paciente, pues la buena clínica debe ser un lugar de inclusión;
- 8) Cuidar: no siempre el cuidado asume la forma de procedimiento quirúrgico o restaurador-protético.

Un último recordatorio en estas digresiones que se anuncian largas: ¡la Clínica (siempre) es el Otro!

Capítulo 6

Subjetividad y práctica odontológica: Notas teórico-políticas

Definiciones preliminares

Estas definiciones preliminares tienen como propósito ofrecer elementos que sitúen algunas categorías de referencia para el Taller¹. No necesariamente deben estar presentes durante los trabajos. Aquí están organizadas como una sinopsis ya que pueden encontrarse en los textos básicos de filosofía o de psicoanálisis. Por ello, no es propósito de esta explicación agotar el contenido teórico que representan —tarea que está más allá de mi capacidad— sino simplemente señalar algunas construcciones a las que se hará referencia a lo largo del texto, aunque sea de manera indirecta. Por otro lado, es bien cierto que, en la simplicidad con que serán presentadas, están por debajo del dominio relativo de los participantes del taller, lo que haría innecesario cualquier esfuerzo en organizarlas. Sin embargo, se hará referencia a ellas, ya que, aunque sabidas, cumplen el papel de guiar la línea discursiva que adopta el término.

Objeto y sujeto

El trabajo del pensamiento pertenece a la subjetividad. Esta esfera es usualmente despreciada por los sujetos prácticos. Tal procedimiento ocurre por el efecto de la división del trabajo general distribuido en la sociedad en dos grandes compartimentos o vertientes: el trabajo manual y el intelectual. Se considera en la primera categoría un conjunto significativo de actividades de transformación que exigen de sus agentes poca o (casi) ninguna reflexión. En verdad, es imposible impedir que un hombre piense, por lo que este efecto solo puede ocurrir en situaciones donde la tarea

¹ “Es en la anamnesis donde se constituye el caso clínico, es en la anamnesis donde aparece el paciente con su enfermedad”. Término de referencia para el taller “Subjetividad y Práctica Odontológica”, realizado en el 11° Congreso Mundial de Salud Pública y 8° Congreso Brasileño de Salud Colectiva, Salvador, BA, el 21 de agosto de 2006. Aparece publicado en *Diálogos sobre la boca*. (Botazzo, 2013e, pp. 250-266).

del sujeto no es *pensar* sino *hacer*. Así, pensar es una tarea de la que se ocupan determinados sujetos o agentes sociales específicamente cualificados para desempeñar funciones que exigen conocimiento teórico y habilidad para tratar con abstracciones.

Esta simplificación es, sin embargo, útil, pues permite situar con precisión el artificialismo de tal división. Importa saber que muchas profesiones *liberales* son reconocidas como manuales, entre las cuales está la odontología. El trabajo del cirujano es manual en el sentido en que el radical griego “*keyr*” significa precisamente mano.

Subjetividad y objetividad

La esfera de la subjetividad sería la de las ideas, pensamientos, sensaciones y percepciones. Tienen inicialmente existencia solo para el sujeto que las produce. Pierden el carácter de *internalidad* en el momento en que son comunicadas o transmitidas a otro. Permanecen como *ideas*, sin duda, pero ahora disponibles para quien desee apropiarse de ellas, dispuestas como *algo exterior* a los sujetos. Por eso, no rara vez aparecen como dispositivos supra-humanos. La aprehensión del mundo exterior —naturaleza o mundo físico— se da en un proceso ininterrumpido de reproducción de este mismo mundo o parte de él aprehendida como actividad o trabajo mental. A esto se le denomina subjetivación. Sin duda, incluye en este trabajo la percepción que el sujeto tiene de sí mismo. La esfera de la objetividad incluye los hechos sociales, el mundo físico, las ideas en circulación y los propios hombres. El trabajo humano de objetivación es simplemente este: dar vida *material* —concreta, por tanto— a los infinitos eventos que rodean a un sujeto en su vida práctica cotidiana. La existencia de ellos no depende de ninguna conciencia particular, del mismo modo que sus leyes generales de funcionamiento no están subordinadas a la conciencia. Así es, ya sea la sociedad, la mecánica celeste, la física atómica o los hechos de la biología.

Los objetos (para la investigación o para el trabajo) son constructos, es decir, son construcciones o arquitecturas inicialmente mentales de la parte de lo real aprehendido y simbolizada como realidad. Esto sucede porque nunca aprehendemos lo real en su totalidad, es decir, nunca logramos captar completamente lo que está fuera de la conciencia (o de la voluntad o del deseo).

Se concluye que objeto y sujeto, aunque distintos, son esferas inseparables, pues son el sujeto mismo. En el cuerpo del sujeto se encuentran —en verdad, adquieren existencia material— objetividad y subjetividad. De este modo, la disyunción psico-física, atribuida por muchos a Descartes, quedaría superada.

Tres referencias necesarias

La primera se refiere a los trabajos bucales. Comprenden la manducación, el trabajo sexual y el habla. Desde un punto de vista fisiológico, serían funciones bucales

inequívocas. La dificultad en comprender esta fisiología particular resulta de una insuficiencia anatómica, pues la boca no es un órgano en sentido estricto. Sin embargo, a pesar de que sea una región formada por vísceras (músculos linguales, glándulas, dientes, mucosas) y a pesar de que cada una de ellas tenga una fisiología propia, los trabajos que realizan expresan sinergia funcional; separadamente, nada pueden.

A diferencia de otros órganos o regiones del cuerpo, las funciones de la boca humana están socialmente definidas. Cualquiera de sus trabajos expresa una conexión con la cultura y el psiquismo. Esto es evidente. Las permisiones o autorizaciones éticas para tales usos son, por tanto, variables históricamente y según los modelos de sociabilidad propios de cada sociedad en un momento dado de su organización. Se puede hablar de una psicogénesis y una sociogénesis bucal. Solo por este motivo, la boca humana estaría fuertemente articulada al proceso civilizador.

La segunda presenta la perspectiva de la interdisciplinaridad necesaria cuando abordamos el tema de la subjetividad y la propia idea de producción social de la boca humana. Interdisciplinaridad es superar fronteras, es arriesgarse en nuevos campos del conocimiento, es experimentar la novedad de lo que puede haber del otro lado de la puerta. Nadie está impedido de esta superación salvo los límites establecidos por el propio sujeto o lo que indica su experiencia de vida. El gesto que funda esta superación se constituye, por tanto, en *rebeldía epistemológica*.

La tercera referencia se refiere a la producción de sentidos. Producción de sentidos o producción de significados se refiere a la internalización del objeto o a la subjetivación del objeto como objetividad exterior. Se trata, entonces, en un primer momento, de crear en la internalidad del sujeto práctico las imprecisiones o los primeros esbozos de lo que es la realidad circundante, aquello que objetivamente rodea al individuo y a él mismo. Así, los sentidos no se producen solo al final de una investigación, con los datos recopilados y organizados. Los sentidos comienzan a producirse ya desde el momento en que nos movemos en dirección a lo real, y es este real aprehendido el que se constituirá en nuestra realidad. La realidad es, por tanto, el real significado.

La odontología como política

Los problemas que deben ser abordados en este taller pueden clasificarse en dos órdenes, según se refieran a 1) la asistencia odontológica en el Sistema Único de Salud (SUS); y 2) la enseñanza de la odontología. Podría haberse dicho simplemente “práctica odontológica” en lugar de “asistencia odontológica en el Sistema Único de Salud”, pero se quiere destacar, de esta manera, los problemas específicos que pueden ser recortados en el sistema público de salud, aunque los articulados a la práctica privada también puedan ser objetos de consideración, aunque no de modo prioritario o inmediato. Por eso serán considerados, metodológicamente, como cuestiones que deben ser formuladas por la profesión, como de hecho viene ocurriendo en el ámbito de la Asociación Brasileña de Enseñanza Odontológica (ABENO).

Se parte del supuesto de que la clínica es, en cierto modo, una política o una forma de política —una biopolítica, exactamente— y en esta condición servirá de baliza para el diseño teórico que presentaremos.

Si se coloca de esta forma, no obstante, este entendimiento no es generalizado. O, aunque lo sea, parece no haber merecido atención significativa en la investigación en salud bucal colectiva, ya sea en la práctica o en la enseñanza.

Para ilustrar esta posición, quisiera inicialmente relatar un episodio ocurrido en 1986 durante un entrenamiento para cirujanos-dentistas sanitaristas de la Secretaría de Estado de la Salud de São Paulo. Recuerdo que ese fue el año de la VIII Conferencia Nacional de Salud y también de la I Conferencia Nacional de Salud Bucal. En São Paulo, vivíamos la experiencia del Programa Metropolitano de Salud (PMS) y enseguida se iniciaría el trabajo de planificación de las Acciones Integradas de Salud (AIS), ambos preliminares del ejercicio de integración de servicios, supuestamente, de un sistema único ideológicamente bien definido en nuestras mentes ya en esa época.

Se reunieron los sanitaristas-inspectores de los trece departamentos regionales entonces existentes, además de invitados de los propios departamentos o municipios, colegas que los inspectores habían invitado para formar ese grupo de trabajo, con unos 30 participantes al final. El tema, novedoso para la época, se refería a la atención de niños menores de seis años en los centros de salud. La edad para la atención, bien al modelo Aymorés² y de acuerdo con los cánones de la odontopediatría entonces vigentes, era la del ingresante en el primer año escolar, es decir, niños con aproximadamente siete años.

Uno de esos cánones afirmaba la *necesidad de la intelección*, es decir, que el niño *entendiera* la consulta como una de las condiciones para efectuarla, residuos bastante fuertes en la época del modelo de asistencia al escolar. Atender a niños menores de tres años era una posibilidad que solo entonces comenzaba a ser considerada tecnológicamente, consolidándose más tarde como odontología de bebés. Además de esto, una previsible barrera corporativa fue creada por aquellos que no eran odontopediatras, como era el caso de la mayoría de los dentistas de la red estatal de centros de salud.

Pensando en una política de salud bucal que rediseñara la programación en el Estado de São Paulo y en la participación de los dentistas-sanitaristas en la definición de esa política, se organizó una capacitación con vistas no solo a la actualización de conocimientos sino, sobre todo, para propiciar condiciones para el ejercicio de la planificación en salud.

La *moda* pedagógica de entonces era el grupo en dinámica y, con la ayuda de una psicoanalista con experiencia en análisis institucional, se concibió una dinámica bastante heterodoxa que tenía como motivo “los miedos del dentista” donde,

² Aymorés es una ciudad situada en el este del estado de Minas Gerais, casi en la frontera con el de Espírito Santo. En la década de 1960, la Fundación Servicio Especial de Salud (FSESP) localizó en esta ciudad uno de sus programas emblemáticos de control de la caries dental en escolares. Conocido como “Sistema Incremental”, consistía en tratar todos los dientes cariados en el primer año, actuando en los años subsecuentes solo en los dientes que presentaran un nuevo incremento de lesiones.

invirtiendo la lógica usual, se preguntaba: si hay el miedo del paciente, ¿de qué o de quién tiene miedo el dentista? Cleide Monteiro, psicoanalista del Instituto Sedes Sapientiae, dirigía la *sesión*. Desde hace algún tiempo, ella y yo veníamos teniendo algunas conversaciones; en verdad, desarrollábamos un proyecto que denominamos *Diálogos sobre la boca. Un dentista y una psicoanalista hablan sobre un objeto común*. Lamentablemente, de este trabajo no se produjo ningún artículo, aunque existe el registro (no recuerdo dónde).

Cleide inició problematizando la relación paciente-profesional y, poco a poco, fue conduciendo al grupo en un movimiento de *internalización del momento* de esta relación, es decir, cómo era para el dentista enfrentar al paciente (el niño) que estaba delante de él, qué sentimientos eran movilizados, qué sensaciones se producían en este encuentro, qué niño era aquel que podía representar a otro dentista y, al mismo tiempo, ser el niño que hay en el dentista y sobre el cual tiene poco dominio (pues se trata de otro). En un impresionante silencio, se iniciaron las primeras palabras. Historias de maltratos salieron a la luz, relatos de asfixias, pellizcos y apretujones, intervenciones innecesarias, amenazas, gritos, quejas de madres y profesores que no cooperan, quejas de la ignorancia de los necesitados. Se pronuncian palabras cargadas de significados: sangre, pus, dolor, olores fétidos. El ambiente se carga súbitamente y la descarga sobreviene cuando un dentista sentado al fondo, incapaz de soportar la presión, se descontrola y, agitado, con el rostro rojo, sudando y con los ojos desorbitados, interrumpe la dinámica. “¡Vamos a parar con esta tontería!” —grita desde el fondo— “¡vinimos aquí para discutir política y no para escuchar mierda!”

La actividad prácticamente terminó ahí. Después de eso, se quedó en un burocrático “qué puede hacer el dentista en el servicio público”, se enfatizó la necesidad de la educación en salud y la extensión de métodos preventivos a toda la población y se cerró melancólicamente con otro dentista disertando sobre la importancia de los dientes y de los dentistas y preguntándonos si los dentífricos y cepillos no deberían ser objeto de prescripción como forma de valorizar, decía él, la odontología.

De cierto modo, se puede decir que esa mañana se discutió la clínica odontológica, pero la forma en que se nos apareció —como sufrimiento del dentista— fue sin duda perturbadora. Escenas de una época, se podría decir, pero también es un hecho que en ese momento se produjo una verdad: que la clínica odontológica es una cosa y la política es otra. En la ocasión, no se me ocurrió, y ni podría ser diferente, que las cosas estaban ligadas y que había algo en esa clínica que era la expresión de una política. Ahora podemos admitir que la verdad corporativa es una verdad política e ideológica y adquiere expresión material en la clínica que profesa, pero en esa época esa comprensión nos escapaba. La densa materialidad técnica de la odontología se veía no como algo modelado por la voluntad corporativa y por la industria, sino por la base neutra de la realidad científica. Así, en la clínica no había nada que cuestionar, quedando solo saber cómo sus dispositivos podrían ponerse al alcance del mayor número posible de personas.

Salud Pública y luego Salud (bucal) Colectiva, aunque pregunten sobre la asistencia odontológica, invierten fuertemente en la promoción y en procedimientos colectivos. Aunque bastante tecnificados (y burocratizados), son las formas

prevalentes y casi exclusivas de acceso a los servicios de salud bucal, ya que la *forma clínica de la atención* continúa apareciendo en nuestras estadísticas solo para confirmar que 8 de cada 10 ciudadanos permanecen sin disponer de atención pública. La clínica continuó como dominio de la corporación, mientras que la Salud Bucal Colectiva se ocupaba de los “sujetos” o, genéricamente, de la “sociedad”.

La odontología como objeto

Gradualmente, también la salud bucal terminó odontologizada, es decir, enredados por la corporación, sus actores —los dentistas prácticos en las unidades de salud como seres concretos y cotidianos— solo logran expresar verdades sociales odontológicas, las de la sociedad que la odontología recrea, que son los discursos sobre el consumo de sacarosa, las técnicas de cepillado y los buenos hábitos bucales, esas cosas de las que los sujetos concretos en la sociedad deberían ocuparse y que es deber del dentista mantener permanentemente en su memoria (y que acaban permaneciendo en la del *dentisterie*).

Estas posiciones son polémicas, si no sujetas a controversias, pero sirven de sustrato para enunciar otros dos supuestos que deben ser sometidos a crítica en este taller:

- a) La odontologización de la salud bucal ha ocurrido por la pérdida de su potencial crítico-heurístico, es decir, crítico-explicativo sobre el proceso salud-enfermedad bucal;
- b) La salud bucal como sujeto político se ha alejado de la base común del Movimiento de Reforma Sanitaria.

Estos dos supuestos tienen reflejos en la investigación, en la enseñanza y en la organización de los servicios.

En cuanto al primer supuesto, se desea explicitar el centrado dental en los estudios de carga de enfermedad bucal; el énfasis en los comportamientos del paciente (o en las prácticas sociales de los sujetos) en las intervenciones en promoción de la salud; el privilegio (simbólico) de la caries dental como *patología-madre* con implicaciones en la organización y oferta de servicios; y, finalmente, la reducción de la experiencia bucal a su dimensión biológica o, al contrario, a su expresión puramente sensorial (estudios de percepción).

En cuanto al segundo, la salud bucal colectiva acepta y reconoce la presencia de entidades odontológicas —que siempre se opusieron al Movimiento de Reforma Sanitaria— en la conducción de programas estratégicos, como sería la formación de recursos humanos; en la conducción de estudios epidemiológicos; en la asociación o en la proposición de políticas, como es el reciente caso de la denominada “Sorria São Paulo”, además de que continúa propiciando modelos para la graduación en una proporción mucho mayor que el Sistema Único de Salud.

Si se aceptan, aunque preliminarmente, estos supuestos, nos permitirían pensar la *governabilidad de la salud bucal colectiva*, lo que debería comenzar por el cuestionamiento de sus elecciones teóricas, sus alianzas políticas, las estrategias que adopta, la formación de sus objetos, el análisis objetivo de la ineficacia social y epidemiológica de la odontología (tantas veces proclamada); y, finalmente, por el análisis del contenido práctico de su clínica, que aún hoy se ve reproducida de manera acrítica en el sector público.

Las separaciones de la salud bucal

Estas cosas fueron dichas antes, pero luego dejaron de ser dichas: así como vinieron, se fueron. El resultado es que los colectivos de dentistas en el sector público vienen teniendo cada vez más dificultades en la implementación de políticas de salud bucal inclusoras, no por el escaso financiamiento o por la escasa cobertura poblacional de sus tecnologías de cuidado, sino por la persistencia de una elevada especificidad discursiva (o teórico-práctica).

Esta última se desdobra en dos direcciones:

- a) Por el acentuado encogimiento de la odontología en el SUS; y
- b) Por la permanencia del *conflicto médico* como fenómeno lingüístico y clínico a un mismo tiempo.

Como fenómeno lingüístico, la odontología no habla el lenguaje médico, lengua común entre los diversos profesionales en el ambiente de trabajo en las unidades de salud; como fenómeno clínico, resulta la incomunicabilidad entre la clínica de los dentistas y las otras clínicas, de tal manera que la interconsulta, si la hay, no rara vez revela relación de subordinación (autorización médica para procedimientos odontológicos, por ejemplo).

La evidencia material —o significativamente uno de los puntos críticos para el propio SUS— aparece como la *privación de los dentistas del prontuario único*. El acceso al prontuario único; el registro de la historia buco-dentaria del paciente en el mismo lugar de registro de las historias clínicas del resto del cuerpo; el conocimiento de las historias clínicas de ese sujeto y cómo ahora la historia buco-dentaria que allí se pasa a escribir estaría contribuyendo al desarrollo de una clínica más general e integral. Sin embargo, el odontograma es una pieza clave exclusiva que indexa al paciente “bucal” en el servicio, los pacientes siguen agendando sus turnos en el consultorio odontológico y no donde se agendan los otros pacientes (quiero decir, *cuando se lleva el resto del cuerpo a la unidad de salud*) y también los consultorios están instalados en los lugares de menor movimiento de público. Recuerdo que, incluso en el Centro de Salud-Escuela del Butantã —el “Samuel Barnsley Pessoa”— cuando fui a montar el servicio de salud bucal, vinieron los colegas psicólogos muy afligidos a pedir que considerara la vecindad con el consultorio de los *pacientes mentales*, pues los gritos de

mis pacientes durante el tratamiento podrían causar trastornos y crisis en personas que con mucho esfuerzo se mantenían en un relativo equilibrio (se concluye que también los psicólogos deben ser interpretados...)

Sistemas de notación por separado, información por separado, mapas de producción, *stock* de materiales, evaluación y monitoreo de las actividades, todo va por separado. Tales separaciones parecen repetirse en todos los lugares de salud: si un dentista habla mucho y se destaca, pronto necesita explicarse, decir siempre a los pares lo que hace allí, justificar la pertenencia al campo, en fin, cuando a los otros esto parece más *natural*.

No hay cómo no considerar después de todo esto un lugar político para la clínica odontológica, faltando aún definir qué política es esta o de qué estamos hablando.

Nosotros y la salud pública

El nacimiento de la odontología, gestado durante todo el siglo XIX, tuvo como condición de posibilidad la organización de la salud pública en los países centrales europeos. Es un hecho conocido que en toda Europa los Estados nacionales — Francia, Inglaterra y Alemania, sobre todo— asumen la salud de la población como política estratégica, en un movimiento que, entre diferencias y matices regionales, se estructura como formas de la medicina social. Desde la Revolución Francesa se dice que la medicina es muy importante para dejarla en manos de los médicos, y esta concepción política convierte la práctica y la enseñanza médica en una cuestión de Estado. Hasta finales del siglo XVIII, la relación entre físicos y cirujanos era estrictamente un asunto de foro íntimo o familiar, jamás social, salvo en el sentido mundano de la expresión. La nobleza tenía sus propios médicos, al igual que los burgueses adinerados. De la pequeña burguesía hacia abajo, cambiaba la competencia del profesional, nunca el régimen o la naturaleza de la relación. El proletariado urbano se las arreglaba consigo mismo: de él salían los ayudantes de los que atendían a los más acomodados, y esos curadores populares eran los que se encargaban de la asistencia a los pobres. Tal asistencia, sin embargo, no era necesariamente asistencia a la salud de los pobres, sino a los pobres propiamente y, como tal, asunto de organizaciones religiosas. Tal concepción política habrá cambiado radicalmente a comienzos del siglo XIX. Según Foucault, es cuando el cuerpo pasa a ser visto como un dispositivo de producción que se torna central en la práctica médica. Cuerpo que produce y que debe ser producido y que debe mantenerse productivo el mayor tiempo posible. En fin, cuerpos saludables (y dóciles) para la economía y la guerra. Es entonces que la medicina se reestructura tanto en sus fundamentos científicos como en la organización de la práctica y en la enseñanza, y todos estos eventos tuvieron una ocurrencia más o menos simultánea y se interdeterminaron. El hospital se convierte en el *lugar* médico por excelencia, un lugar de clínica, es decir, un lugar de asistencia y enseñanza.

La alteración anatomopatológica pasa a designar la enfermedad y su clasificación ahora sigue una lógica topográfica, es decir, la de la localización en un tejido y en

un órgano específico. Así distribuida, es con base en la misma lógica que se constituirán las especialidades médicas: mujeres y niños, sífilis, lepra y tuberculosis, locura e histeria, traumatismos y heridas de guerra, tumores, vísceras, ojos, oídos, nariz y garganta. ¿Cuál es el lugar de la boca en este nuevo orden? La respuesta la conocemos: vino a ocupar un lugar dividido. Se separaron de ella los dientes y en torno a ellos se constituyó una nueva profesión. De esta escisión fueron protagonistas médicos, ayudantes de médicos y cirujanos dentales prácticos y protéticos, políticos, dirigentes estatales, parlamentarios y ministros. El caso es que la formación médica era costosa socialmente, la demanda pública era grande y finalmente se presentó el argumento decisivo: costaría demasiado a la sociedad formar completamente a un médico para que luego se dedicara únicamente a obtener dientes, extraerlos y poner los artificiales. Así, un tipo específico de trabajador de la salud, que sin embargo tuviera nociones médicas en su formación, pero cuya centralidad estaría en las operaciones dentales, se legitimó socialmente. Fue de este modo y tardíamente que nació el cirujano-dentista.

La legalidad dental, es decir, la sanción pública que otorga la odontología a la sociedad, se basa en los siguientes enunciados:

- a) Casi no se puede hablar de patologías dentales, son lesiones;
- b) Los dentistas manipulan medicamentos en dosis anodinas;
- c) La actuación del dentista no supera los límites gingivo-dentales;
- d) La economía dental (el funcionamiento dental) no se comunica (interfiere) con la economía del cuerpo (con el funcionamiento del cuerpo);
- e) No hay normalidad dental; así, no hay peligro en la práctica del dentista y, en consecuencia, no hay necesidad de control público.

Con estos artificios, se extrajo del antiguo arte solo la operatoria dental o, como se decía en francés, la *dentistería*, es decir, todas las maniobras extra e intradentarias que comprenden hoy la dentística, la endodoncia y el raspado gingival. Dentistería, además de extracciones y prótesis dentarias: de esta manera se vino a armar la triangulación en la cual un dentista se reparte y territorio donde forma su identidad hasta hoy. Pero estos enunciados también significan que:

- a) El destino de los dientes de los hombres no es de interés de la sociedad (de ahí que la relación entre un dentista y su paciente sea asunto privado);
- b) Los problemas dentales ocurren porque los sujetos hacen mal uso de sus dientes, los cuidan poco y de manera incorrecta, consumen excesivamente carbohidratos o productos y alimentos dulces y no visitan a los dentistas regularmente;
- c) La resolución de tales problemas exige técnica, destreza y habilidad manual; un dentista sin habilidad manual no es un dentista, consecuentemente, la formación del alumno debe centrarse pedagógicamente en el adiestramiento de la mano;
- d) Los procedimientos, las técnicas, los materiales y el alcance del trabajo odontológico se disponen socialmente según la capacidad de compra del cliente;

- e) Dicha capacidad de compra está directamente relacionada con el valor que el cliente atribuye a sus propios dientes, siendo que los más ricos, por consumir más servicios odontológicos, son los que más valorizan la profesión;
- f) Abstractamente, la salud comienza por los dientes, de modo que los niños deben aprender desde temprano cómo tener salud dental y las gestantes deben ser objeto de cuidados especiales: los dentistas se asignan a escuelas y mujeres pobres atendidas en dispensarios;
- g) En esto se limita el esfuerzo público de la nueva profesión: mediante la difusión de las profilaxis dentales se contribuye al proceso general de disciplinamiento y control de la sociedad.

Se completó tal arreglo con el abandono del hospital como lugar de enseñanza de la profesión y el privilegio del ambulatorio y del taller de prótesis como lugar de formación clínica, es decir, el gabinete dental. En él se aprenden técnicas de encerado y montaje de dientes, las propiedades de las aleaciones metálicas y de los cementos, los matices de las inclusiones y de la micrometalurgia, el dominio del objeto por el ejercicio repetitivo de la escultura dental.

Se podrá objetar, sin embargo, que no estamos en 1892, que la profesión ha evolucionado mucho desde entonces, que no estamos en Europa sino en Brasil y que ahora tenemos un Sistema Único de Salud, pero el hecho es que este modelo es parte relevante del imaginario que garantiza la escasa cobertura poblacional de los programas de salud bucal porque se sigue admitiendo que el derecho a la posesión de los dientes y al bienestar buco-dental por parte de los sujetos no pasa por la intermediación de la sociedad. Por eso el financiamiento es insuficiente, como es insuficiente el número de equipos; los auxiliares odontológicos aún son vistos como competidores de la profesión (cuando lo que ocurre es lo contrario); no se observa el cumplimiento de la legislación en cuanto a la fluoruración de las aguas, la enseñanza odontológica solo tímidamente comienza a ser discutida en el ámbito del SUS y, a diferencia de lo que ocurre con médicos y enfermeros, ni de lejos los servicios públicos de salud son lugares de formación. Además, debería enfatizarse que:

- a) El modelo de práctica odontológica en el sector público se funda aún hoy en la antigua concepción de consultorio dental;
- b) Las lesiones dentales son el foco semiotécnico de la conducta profesional y, por tanto, es la dentística (como especialidad odontológica) la que guía la mirada del dentista (odontotécnica exclusiva);
- c) El sistema de notación e información en salud bucal se organiza y obedece a la misma lógica dental.

Esta situación parece estar acercándose al punto de saturación y comienza a ser denunciada como insostenible. A las afirmaciones de inadecuación de la formación profesional a las necesidades del SUS, consagradas en numerosos estudios, se suman ahora las manifestaciones de insatisfacción de los profesionales que se ven ante la responsabilidad de prestar asistencia al adulto en general, lo que presupone a los

portadores de necesidades especiales —es decir, al paciente con su estado clínico en su totalidad—, asistencia para la cual no se sienten preparados, pues en todo esta otra clínica exige ir más allá de los límites gingivo-dentales. De hecho, todo el SUS está más allá de tales límites.

Si la profesión admite estar en crisis, no es por casualidad que también habría crisis en el sector público. La crisis corporativa es crisis mercadológica, pero no de la industria; es antes una crisis de exceso de contingente y, como todo en la odontología, es un asunto particular. La crisis en el sector público, sin embargo, queda restringida a los grupos más organizados y conscientes porque aún no ha sido asumida por la sociedad y, por este sesgo, quizás nos sea permitido entender la medida del desafío colectivo que representa la salud bucal.

Una posición para la clínica

Las explicaciones anteriores permiten pensar algunas correlaciones y deducir puntos de consenso. Estos serían (y sobre todo si pensamos en el programa político de la salud bucal colectiva):

- a) Someter el aparato formador a los principios organizativos del Sistema Único de Salud y recuperar las unidades de salud como lugar de aprendizaje;
- b) Reorganizar públicamente la profesión con base en la lógica de la integralidad de la atención en salud bucal como expresión particular de la Atención Primaria de la Salud;
- c) Fundar la clínica en una concepción etiológica que supere la división entre tejidos blandos y duros y que tenga en las funciones bucales desviadas (deficiencia, incapacidad o limitación) el fundamento de su práctica;
- d) Radicalizar el control colectivo (socio-epidemiológico) de las patologías buco-dentarias y explicitar políticas públicas que promuevan la inclusión social y los derechos de ciudadanía y superen las actuales definiciones programáticas;
- e) Radicalizar en la organización del trabajo en odonto-estomatología de modo de propiciar mayor competencia diagnóstico-terapéutica al cirujano-dentista, a los técnicos y auxiliares, y de racionalizar y compatibilizar saberes y habilidades diferentes;
- f) Introducir la historia única en la rutina de los servicios y adecuar el sistema de información en salud bucal y sus indicadores a estas nuevas situaciones;
- g) Conducir el diálogo con la sociedad organizada, con los consejos de salud y colectivos de usuarios, con los trabajadores de la salud bucal y con los estu-

diantes, haciendo el contrapunto ideológico mediante la crítica consistente a los límites de las concepciones y prácticas corporativas.

Todo esto para pensar la clínica odontológica en los marcos “flexnerianos”. Para superar las concepciones tecnicistas y biologicistas y pensando en términos de subjetividad, otros puntos necesitan ser añadidos, entre ellos:

- a) La clínica es una relación de alteridad, es decir, un lugar donde dos sujetos se encuentran: cada uno de ellos es portador de saberes, deseos y carencias legítimos;
- b) En esta relación se realizan las dimensiones objetivas y subjetivas de la existencia humana como totalidad social;
- c) La boca humana es particular expresión de esta totalidad: en ella se materializan modos específicos de existir, se da la continencia para ciertos síntomas originados en los dispositivos psíquicos, se revelan las marcas de los usos sociales para los cuales fue soporte, así como las evidencias de las condiciones psicosociales (mejores o peores) de efectivización de tales usos.

Estos reposicionamientos indicarían la posibilidad de un nuevo tránsito o el desarrollo de nuevas interfaces con la cultura y la ciencia porque se admite desde el punto de partida que estamos ante otra concepción política de la clínica.

Pero estas serían algunas de las consecuencias prácticas de un taller que aún se va a realizar...

Capítulo 7

Diálogos sobre la boca (cultura, sexualidad y represión)

Comenzaré interrogando acerca del objeto de la odontología¹. ¿Es posible concebir un objeto tan insólito como este denominado boca? ¿Qué significa exactamente o qué red de significaciones se entrecruzan en este territorio peculiar? ¿Qué se podría decir de ese objeto exclusivo hegemonícamente abordado por una única disciplina? cuya emergencia en los desdoblamientos de la vida cotidiana se da por la elisión del deseo, y que aparezca solo como una colección de estructuras anátomo-funcionales o por colección de enfermedades, desgastes y pérdidas. Cuyos significados inmediatos se dan por el temor al sufrimiento en la fuga del control necesario en una colección de prácticas localizadas, colección cuya naturaleza puede ser la misma ya establecida para otras funciones corporales. Estas no son cuestiones epifenoménicas. Aparecen aquí por estar siendo permanentemente planteadas en los espacios colectivos en que una cierta praxis sanitaria se da en las relaciones entre disciplinas en los escenarios reales donde los actores interactúan en su ejercicio de productores de cuidados médicos o de cuidados de salud.

¿Sería el objeto de la odontología inclusivo del objeto de la medicina? Pero, ¿no serían odontología y medicina desdoblamientos de una misma disciplina? ¿O la misma disciplina, una dentro de la otra, articuladas en su generalidad y aprehendidas en su particularidad? ¿Por qué estaría la práctica odontológica tan distante de las demás prácticas de salud, aquellas mismas que emergen y adquieren visibilidad en el campo nuevo (y siempre antiguo) de la salud colectiva? ¿Por qué habría un discurso posible e inteligible que identificaría enunciados y conjuntos de enunciados de los cuales es posible acercarse con alguna familiaridad y certeza, identificar en ellos alguna racionalidad y asociarlos consecuentemente con los proyectos necesarios

¹ Este texto fue escrito en diciembre de 1993 como parte de los créditos para el Programa de Posgrado en Salud Colectiva del Departamento de Medicina Preventiva (Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Estatal de Campinas), que entonces cursaba bajo la orientación del Prof. Everardo Duarte Nunes. Refleja las primeras aproximaciones con los estudios de Michel Foucault, que posteriormente constituyeron la base teórica de mi doctorado en lo que se denominó *Estudio arqueológico sobre la práctica de los dentistas* (ver *El nacimiento de la Odontología. Una arqueología del arte dental*. Botazzo, 2010). En él aparece por primera vez mi posibilidad teórica de abordar la boca humana desde la perspectiva del psiquismo de la cultura y del proceso civilizador. Es decir, el esbozo de la perspectiva teórica de la bucalidad o las bases arqueológicas del concepto de bucalidad. Desaparecido en medio de cajas y sobres durante 30 años, ahora puede ser conocido y sometido a la crítica de los lectores.

al campo de la salud pública? ¿Será verdad que determinadas prácticas —determinados aparatos— son más importantes y prioritarios que otros?

Estas interrogaciones me asaltan el espíritu y no es mi propósito buscar responderlas en este texto que tiene solamente la finalidad de mostrarse como un ejercicio. A medida que estas cuestiones se plantean, sin embargo, necesitan ser respondidas, aunque sea parcial y precariamente. No me consuela la perspectiva de encontrarme ante un muro infranqueable. Ni debo rendirme a las evidencias —las que se quieren mostrar— puesto que también aparece de modo más o menos manifiesto una mala voluntad, una incomodidad, mejor dicho, que se instala entre las personas cuando se trata de los discursos no odontológicos acerca de la boca. Quedamos prensados entre las pinzas de una paradoja: la práctica odontológica es dispensable en los esquemas racionales de la organización y la planificación de los servicios o es tributaria de prácticas más *prioritarias* (una cierta *modernidad sanitaria* nos obligaría a incluir la salud bucal en esos esquemas) y, sin embargo, negamos las formaciones discursivas en las que la boca y los dientes emergen con la misma fuerza y la misma perturbación que su emergencia fisiológica anterior puede haber propiciado. La boca es depositaria de algo oculto sobre lo cual conviene actuar con alguna discreción.

¿Hablamos entonces de un territorio cuya constitución por sus reglas de aparición designa también un objeto que se inscribe en los planos de la cultura? ¿O del psiquismo humano?

Se trata entonces, en primer lugar, de analizar el objeto de la odontología por referencia al objeto médico; descubrir sus puntos de intersección, sus divisiones, sus orígenes y desdoblamientos comunes. En segundo lugar, tomar la boca como una formación discursiva, como un conjunto de enunciados y verificar si esos discursos se originan en la práctica de los dentistas o si estaban antes constituidos en otras prácticas y en otros discursos. En tercer lugar, verificar cómo los discursos sobre la boca atraviesan otras formaciones discursivas y otras disciplinas.

Buscaré adoptar la perspectiva foucaultiana tal como fue formulada en *Arqueología del saber* (Foucault, 1985) como perspectiva privilegiada para esta elaboración. Otros autores aparecerán en el texto, pero ellos mismos deberán ser vistos en esta perspectiva, particularmente en la reflexión acerca del objeto y en las reflexiones sobre la cultura y el psicoanálisis.

Antes, sin embargo, es necesario presentar lo que pienso sobre esta arqueología, exponer mi reconstrucción de parte del pensamiento de Michel Foucault.

La búsqueda del entendimiento

Ferreira (1993), al elaborar esa angustia de dominio de los esquemas altamente complejos de pensamiento, afirmará que a pesar de las críticas que recibió —y se apoya en una relación expresiva de trabajos para hacer esta afirmación— Foucault presenta una obra que, como “multitud de manifestaciones enunciativas”, se funda “en un pensamiento verdaderamente plural, gritando un no al dogmatismo”. Esta sería la

generosidad de Foucault, que lo haría atender “los llamados de los marginados, de las minorías dis/recriminadas”. En este sentido, tendría como un carácter libertario. Pero esto significará reinterpretar la historia y este es el punto de anclaje del enfoque foucaultiano en el cual “el proyecto de la arqueología enfrenta el desafío de la elaboración de una nueva comprensión de la historia”.

Pero no será cualquier historia la que interesará al autor, sino la historia de las disciplinas —de la psiquiatría, de la medicina clínica, de la economía política, de la fisiología y de la biología— y en ellas Foucault pondrá sus energías. “Para Foucault”, comenta Ferreira (1993), “solo a partir de la edad clásica fue posible para el hombre reconocerse como objeto en virtud del nacimiento de la razón”.

Es preciso ir despacio y escuchar lo que se está diciendo, pues Ferreira (1993), a propósito de esto, aun dirá que Foucault, en *Arqueología del Saber*, invade el campo de la diacronía/sincronía “con el fin de desarreglarla en sus bases antropológicas”. Foucault, así, se mete en la empresa obstinada de exclusión del antropocentrismo de su campo analítico al rehacer el trayecto de la historia del pensamiento y de los conocimientos.

Pero Foucault no se negará a un estatuto del humano: “el modo de ser del hombre tal como se constituyó en el pensamiento moderno le permite desempeñar dos papeles: está al mismo tiempo en el fundamento de todas las positivities y presente de una forma que no se puede ni siquiera decir privilegiada en el elemento de las cosas empíricas”, decía en *Las palabras y las cosas* (1990). Cuando se hizo necesario “bajo el efecto de algún racionalismo premiante” (cuando el hombre aún no existía “así como no existía la vida, el lenguaje y el trabajo”) “...se decidió hacer pasar al hombre (por bien o por mal y con mayor o menor éxito) al campo de los objetos científicos” (Foucault, 1990, p. 362). Vale la pena pensar esos “objetos científicos” como territorios que se expresan en la forma de disciplinas (“efecto de algún racionalismo premiante”) articulados a problemas que la humanidad —o mejor ciertos modos de organización social— necesitó resolver. Surgen así la biología, la lingüística y la economía política, todas permanentemente interpenetradas por otras ciencias y otros saberes y entrelazadas a otras tantas disciplinas con las cuales aparentemente nada tienen que ver (Luz, 2022). Interpenetradas también por todos los conflictos de los que su objeto es portador. Foucault en este sentido es recurrente: remitirnos siempre a esos conflictos objetales y desvelarnos los matices y las trampas de la intrincada red de relaciones de poder imbricadas en las prácticas discursivas y haciendo parte de ellas (Foucault, 1985).

Oso insertar a propósito de esta discusión sobre objetos una referencia a Marx, que dice: “...el hombre solo no se pierde en su objeto cuando este se configura como objeto humano” (Marx, 1974). Esto es, cuando su objeto es construido como una actividad social, una construcción colectiva que se da referida y articulada a un conjunto de relaciones sociales posibles.

Puede entenderse más claramente que Foucault está afirmando la humanidad del hombre como objeto de sí mismo, pero no necesariamente afirmando la apropiación exclusiva de este objeto por una determinada forma de racionalidad de un campo disciplinar: la antropología, incluyendo un antropomorfismo. Es esta sincronía/diacronía la que Foucault denuncia y trastoca.

Necesitamos aún avanzar en la comprensión de lo que viene a ser esa racionalidad de un campo disciplinar, racionalidad expresada en la simultaneidad de la emergencia de una cientificidad e impositora de un silencio que ocluye, oblitera (en intentos continuados siempre exhaustivos) y dificulta —cuando no impide en su histórica efectividad— el desvelamiento de sus orígenes. Luz nos hablará en su hermoso ensayo “del silencio de la racionalidad de las disciplinas científicas sobre esos orígenes políticos, económicos, culturales” (Luz, 2022, p. 1).

Romper ese silencio, descomponer la estructura de las sincronías y simultaneidades en el encadenamiento armónico de los hechos, así es como Foucault va a negar el nacimiento de esta razón que hizo posible al hombre reconocerse como objeto al negar que la historia del pensamiento pueda permanecer “como el lugar de las continuidades ininterrumpidas”: el análisis histórico no es el discurso del continuo y la conciencia humana no es el sujeto originario de todo devenir y de toda práctica.

La disolución de esa racionalidad necesita aún ser mejor presentada como constituidora del pensamiento de Foucault. No sería más necesaria ninguna nueva elaboración, ningún nuevo enunciado: basta lo que hasta ahora puede ser expresado. Queda para otro momento la discusión de estas categorías, queda para otro momento la discusión de este nuevo “modo de producción de enunciados de verdades” (Luz, 2022, p. 1).

Basta lo que hasta el momento puede ser expresado: la ruptura del silencio, el desarreglo de las estructuras de sincronías y simultaneidades se dará por la negación, por la disolución de esas racionalidades. Y es en su *episteme* que será delimitado el nuevo espacio que formulará inicialmente como el espacio en el cual “territorios de enunciados” se forman y se entrecruzan, es decir, justo los territorios de superación de aquellas racionalidades “dando voz a la multiplicidad de sujetos igualmente capaces, aunque anónimos, de producir conocimiento e historia” (Luz, 2022, p. 1).

Esa noción de *episteme* así puesta surge como un enunciado hermético y de difícil entendimiento. Didier Eribon (1990) intentará facilitar esta comprensión. Comentando las elaboraciones seminales de *Las palabras y las cosas* que Foucault concluyó en 1966, Eribon afirma que en esta obra él “se propone descubrir en qué momento surgió la interrogación sobre el hombre en la cultura occidental; en qué momento el hombre se convirtió en objeto de saber”. Cuatrocientas páginas, dirá él, “en que Foucault presenta una erudición asombrosa” (p. 162). Resumiendo su propio entendimiento, Eribon señala hacia la historicidad de las ideas al afirmar que las épocas históricas presentan una “trama de saber” que es como una “configuración subterránea” moldeada en la cultura, trama y configuración “que hace posible todo discurso científico, toda producción de enunciados”.

Es ese “existente”, ese “*a priori* histórico” que Foucault designa *episteme*: “Toda ciencia se desarrolla en el ámbito de una episteme y por lo tanto se relaciona con las otras ciencias que le son contemporáneas” (Eribon, 1990, p. 162).

Es en esta trama de saber o en esta configuración subterránea donde se forjan los territorios de enunciados, las formaciones discursivas que de modo gradual van constituyendo las rupturas y las discontinuidades históricas que permitirán la emergencia de las disciplinas. El trabajo de la arqueología es descubrir los vínculos,

levantar los velos que cubren los nexos y las articulaciones que determinan más que la emergencia de las disciplinas “la medicina, la psicología, la economía, por ejemplo” la formación de los campos de saber, la emergencia de las ciencias y la formación de los objetos.

Se llaman disciplinas “a conjuntos de enunciados que copian su organización de modelos científicos que tienden a la coherencia y a la demostratividad, que son admitidos, institucionalizados, transmitidos y a veces enseñados como ciencias” (Foucault, 1985, p. 299).

Es necesario recorrer y sondear el “inmenso dominio del discurso” lugar del documento, de los textos literarios, filosóficos o políticos; lugar de las formaciones discursivas y de los sistemas de positivities, lugar en fin de las ciencias. ¿Pero existirá relación directa entre formaciones discursivas y disciplinas? o, “¿cuál es la relación entre la arqueología y el análisis de las ciencias?”

Pero la arqueología no describe disciplinas. A lo sumo, estas sirven de incentivo a la descripción de positivities, pero no fijan sus límites, no imponen cortes definitivos, no vuelven “a encontrarse invariables al término del análisis”. Definitivamente, dice Foucault, “no se puede establecer relación biunívoca entre las disciplinas instituidas y las formaciones discursivas” (Foucault, 1985, p. 299).

Es decir, los discursos concernientes a determinado objeto no son exclusivos de las disciplinas que los apropiaron o que los constituyeron como problema, sino que antes son conjuntos o familias de enunciados cuyos objetos atraviesan otros territorios y otras disciplinas.

Esta afirmación será también válida para las ciencias que emergen sobre un fondo de dispersión de saberes, sin embargo, sin anularlos. Un ejemplo que viene al caso: la cibernética se interesa en investigar los procesos y sistemas de dirección y para ello se aproxima a la biología, a la sociología y a los lenguajes matemáticos. La cibernética elaborará su discurso sobre estos procesos y sistemas de dirección, verificando cómo estos procesos y sistemas se hallan presentes en la esfera de la vida biológica o de la organización social humana. Pero para ello necesitará aun de otros enunciados, de otras formaciones discursivas, de otros saberes que encontrará en las matemáticas (teoría de las probabilidades, lógica matemática, teoría de los algoritmos) así como en la fisiología de la actividad nerviosa o en los sistemas de información.

Es en esta *episteme*, en ese espacio de entrecruzamiento de positivities, disciplinas y saberes, donde se constituyen las superficies de emergencia de las ciencias o de las propias disciplinas, que se da como un “juego de relaciones” con otros enunciados y otras formaciones discursivas.

Hablando sobre las relaciones entre locura y psiquiatría, Foucault afirma que esta disciplina no es la misma que describía “enfermedades nerviosas” o “enfermedades de la cabeza” presentes en la medicina del siglo XVIII. Afirmará entonces el descubrimiento de dos cosas: primero, que lo que hizo posible su emergencia en la época en que se dio fue todo un juego de relaciones entre hospitalización e internación en otras instituciones, las condiciones y los procedimientos de exclusión social, las reglas de la jurisprudencia y de la moral burguesa, en fin, “todo un conjunto que caracteriza, mientras dicta práctica discursiva, la formación de sus enunciados”

(Foucault, 1985, p. 300). Pero hay más, dirá Foucault: “Remontándose en el tiempo y buscando lo que pudo preceder en los siglos XVII y XVIII la instauración de la psiquiatría, se vio que no existía ninguna disciplina previa” con estatuto y pretensión científicos, pero que las prácticas discursivas acerca de la locura se encuentran en los textos jurídicos y literarios, en las reflexiones filosóficas, en las decisiones políticas y en las de orden cotidiano, en las opiniones de la época. “... a pesar de la ausencia de la disciplina instituida existía y actuaba una práctica discursiva que tenía su regularidad y consistencia” (p. 301). Y añadirá: “las formaciones discursivas no son las ciencias futuras” para concluir más adelante: “No se pueden [...] identificar las formaciones discursivas a ciencias ni a disciplinas únicamente científicas ni a esas figuras que dibujan de lejos las ciencias por aparecer” (p. 304).

Finaliza el autor afirmando que por *episteme* “se entiende de hecho el conjunto de las relaciones que pueden unir en una época determinada las prácticas discursivas que dan lugar a figuras epistemológicas, a ciencias, eventualmente a sistemas formalizados”; y agrega: “La episteme no es una forma de conocimiento o un tipo de racionalidad [...]; es el conjunto de las relaciones que se pueden descubrir para una época dada entre las ciencias cuando se las analiza al nivel de las regularidades discursivas” (pp. 322-323).

El ordenamiento de estas elaboraciones es aún insuficiente para los propósitos de este trabajo, es posible; pero la aproximación con estas categorías me impulsa a una conclusión necesaria: afirmar la libertad epistemológica que esta primera aproximación me permite. Quizás también sospeche, como Foucault, que esa episteme es algo como una visión de mundo, una *Weltanschauung*.

A propósito de las relaciones entre odontología y sociedad

Hay una regulación sobre la boca que la odontología permanentemente reelabora y mantiene en escena. Sus instrumentos y técnicas están aptos para dificultar simultáneamente todas las manifestaciones que no sean científicas y odontológicas.

Esto está de acuerdo con las afirmaciones precedentes: hay una racionalidad apoyada en la construcción de su objeto como práctica dotada de cientificidad que convierte técnicas e instrumentos en autónomos y apareciendo como si no pertenecieran a formaciones más profundas donde encuentran su origen y determinación.

Prontamente la odontología procesó la desvinculación de su objeto del objeto originario. En otro trabajo me referí a esto como una doble desvinculación (Botazzo, 1994; ver Capítulo 2 de este libro), una vez que la boca surge separada del cuerpo (hay un área gris y borrosa en los manuales médicos: circunscribe y cubre el espacio anatómico que delimita el *oris* y su medio interno) y hay también una desvinculación en relación a lo que genéricamente entendemos por social. Si nos extendemos en este trayecto verificaremos que hay también otra desvinculación que se da ahora en

dirección de una psique genérica: los seres que la odontología reconstruye son bastante simplificados, prácticos y objetivos. Son igualmente indeterminados, lineales y dotados de emociones —inexplicablemente desorganizadoras de la consulta— que también inexplicablemente (o no tan inexplicablemente) serán puestas bajo control con un poco de objetividad y algunas palabras amables, una especie de comportamiento positivo del profesional.

¿No serían simulacros estos seres que la odontología fabrica? Pienso ahora que la doble desvinculación ya no es más solo doble: se dispersa en varios sentidos y solo es posible aprehenderla como una desvinculación más general. La boca construida en el discurso odontológico es la boca desvinculada cuya desvinculación puede ser encontrada en la dispersión de las varias prácticas discursivas.

La consulta a una bibliografía básica muestra esto: el enfoque odontológico es siempre racional, preciso, francamente enunciador de verdades objetivas, incluso cuando debe tratar otras disciplinas en discursos torpes que buscan naturalizar las ciencias sociales. La odontología imagina que la positividad de su ciencia es co-extensiva a la positividad de las otras ciencias. Y así imagina que todas las ciencias son positivas y es en este espacio delimitado que construye su visión del mundo².

En verdad, esto precisa mejor el sentido de la desvinculación. Es en ella que la odontología expresa la subjetividad de que es dotada y revela ser una disciplina penetrada por la ideología.

Una cierta visión de la historia elabora opiniones muy particulares como las de Lerman. Este autor no rehúsa afirmaciones algo descabelladas acerca de ningún tema y necesitaría ser mejor estudiado en su “odontocentrismo”. Pero es que me parece emblemático de un *modo* de razonar odontológico que navega con ligereza en las aguas de otras formaciones discursivas. Este autor dirá (y lo destaco para que se retenga mejor): “Las afecciones dentarias han sido desastrosas para los animales de la jungla y habrían apresurado el desenlace final de las especies.” (Lerman, 1964, p. 26). Y más adelante añadirá:

Las afecciones dentarias existían ya muchos miles de años antes de que el hombre hubiera hecho su aparición en la tierra y se cree que estas afecciones son las que han atacado y exterminado a los reptiles del mesozoico junto con las necrosis, exostosis y otras enfermedades de los huesos, artritis, etc. (Lerman, 1964, p. 29)

Será necesario tiempo para analizar este material y este autor. Su obra recorre un camino, establece un trayecto con un aliento único: no escaparon ni los reptiles, ni los pueblos —de cualquier época— ninguna civilización, ningún momento, ningún rito, ningún mito. Visita todos los territorios, enuncia en todos los espacios, inspecciona

² Se consultaron textos que cubren un campo significativo de materias odontológicas, a saber: Guedes-Pinto *et al.* (1987); Kirk (1910); Kornfeld (1972); Lerman (1964); McDonald (1975); Neder (1984); Pinto *et al.* (1971); Prichard (1971); Ring (1985); Santos Junior (1980); Solar (1928); Tarzia (1991); Thylstrup & Fejerskov (1988); Trieger (1975).

y discurre sobre todos los desdoblamientos de los documentos históricos de que dispuso. Su mirada es vasta, abarca desde “costumbres mutilantes primitivas” a “mujeres en la odontología” (el mito de Santa Apolonia) e historiza las relaciones entre odontología e hipnosis. Finalmente, sitúa el origen de la odontología en la prehistoria y aun antes de las sociedades humanas o prehumanas. La odontología ya estaba allí, firme, densa, estructurada tal como se encuentra hoy. Su historia de la odontología es la historia del mundo y esta es la historia de la caries dental, pero es también la historia de las enfermedades. Sobre estas afirmará Lerman:

Lo precedente nos ratifica que las enfermedades son más antiguas que el Hombre. En la edad de los reptiles, cuando aún no existía el género humano, antes de que la superficie de la tierra se cubriera de una capa de hielo, existían ya las enfermedades. (1964, p. 30)

Aun dirá que el campo de la odontología recorrió el mismo camino que los hombres “de la época glacial y prehistórica hasta el presente luminoso de la civilización...” y caerá en contradicción tan fácilmente como afirmó lo contrario: antes decía que las enfermedades fueron anteriores al hombre; ahora dirá que la enfermedad es un producto de la cultura. Comentaré que el dominio del fuego y la difusión de alimentos blandados por la cocción a partir de Egipto y China fueron deletéreos para la humanidad:

A consecuencia de este cambio en su régimen dietético, sus dientes y encías sufrieron una transformación: los molares que a sus antecesores les duraban toda la vida comenzaron a caer; las encías a inflamarse y reblandecerse y muchas veces se desarrollaban hinchazones en el rostro. (p. 25)

Y añadiré un comentario curioso, mezcla de lamentación y extraña recomendación: “Sin embargo, los monos que permanecieron en el bosque no sufrieron ninguna de estas molestias” (p. 25).

No hace falta ahora que no se comenten estos enunciados, que no se diga nada sobre esa dietética. En Foucault mismo este tema puede ser recuperado más tarde. Intentemos arreglarnos mientras con esta opinión de Ring, un historiador racional de la odontología, que atribuirá a los pueblos y sus costumbres la irracionalidad de la boca, la misma que puede encontrarse también junto a principios *científicos*: “Ya no atrapado en supersticiones e ignorancia, el campo se basaba, por fin, en principios racionales y científicos sólidos” (Ring, 1985, p. 8).

Estos enunciados nos conducen a pensar en otras direcciones. Sería interesante, por ejemplo, pensar si las prácticas discursivas que incluyen la boca como su objeto han establecido canales de comunicación entre sí. Creo que no. Queda la impresión de que esos enunciados tienen las espaldas vueltas unos hacia los otros, de modo que ni siquiera se visualizan enfrentándose a sus propias caras.

Pero, ¿cómo interrogar esta disciplina?, ¿cómo hacer que nos revele sus “juegos de relaciones”, sus procedimientos, sus reglas, sus articulaciones con sus campos de

determinaciones, “en una palabra, todo un conjunto que caracteriza, mientras dicta práctica discursiva, la formación de sus enunciados”? (Foucault, 1990, p. 300) ¿Cómo hacer la arqueología de las otras prácticas discursivas que, incluso en ausencia de una disciplina instituida, tienen su regularidad y consistencia?

Esto nos remite casi prontamente a una discusión acerca del objeto. En ella tal vez se consiga avanzar en la desregulación de esa boca ordenada en su positividad. Esta tarea es la tarea de describir relaciones entre enunciados “a las relaciones que pueden ser legítimamente descritas entre esos enunciados que dejó en su agrupamiento provisional y visible” otra vez en la voz de Foucault (1990, p. 300). “Tengo el propósito de describir enunciados en el campo del discurso y las relaciones de que son susceptibles”, dirá, afirmando para ello cuatro hipótesis: la primera verifica si los enunciados diferentes forman un conjunto, si se refieren a un mismo objeto; la segunda define un grupo de relaciones entre enunciados a partir de su forma y de su tipo de encadenamiento; la tercera busca establecer los juegos de permanencia y coherencia de los conceptos encontrados en los grupos de enunciados y la cuarta finalmente afirmará el reagrupamiento de los enunciados en la identidad y permanencia de los temas (p. 50-58).

Para la actualidad de este trabajo interesa discutir solo la primera hipótesis: “...los enunciados diferentes en su forma, dispersos en el tiempo, constituyen un conjunto si se refieren a un solo y mismo objeto”. Foucault dirá de su elección que ella es la que le parece sobre todo la más verosímil y fácil de someter a prueba. Este es el camino que también seguiré discutiendo inicialmente las relaciones entre odontología y medicina, siempre preliminarmente: a partir de este punto no habrá más agotamientos.

El cuerpo (la boca) como objeto de un discurso

Retorno al punto de partida: ¿sería el objeto de la odontología inclusivo al objeto médico? ¿Serían medicina y odontología desdoblamientos de una misma disciplina? ¿O la misma disciplina, una dentro de la otra, articuladas en su generalidad y aprehendidas en su particularidad?

Una mirada rápida a los documentos, textos y manuales odontológicos nos alerta que la boca aparece de forma fragmentaria: se habla de los disturbios, de los desarreglos, del desorden que esta boca contiene en la dispersión discursiva de las micro-disciplinas. Sin duda es un conjunto de enunciados, son discursos sobre una formación anátomo-funcional, la boca está allí con toda su luminosa fragilidad. El camino de su conocimiento adviene por tanto de la observación, del tacto, de la palpación, del olfato, de los sentidos. La primera aprehensión es crudamente sensorial. No hay una descripción de objeto sino la afirmación de objetos parcelados: infinitos objetos aparentemente desarticulados entre sí en el interno del *cavum buccalis*.

Su clínica tiene características notablemente familiares. El paciente necesita ayuda. Se trata de interrogarlo, inspeccionarlo, recomendar exámenes especializados —instrumentos de objetividad para ver más allá de las apariencias— establecer

un plan terapéutico y recomponer así el orden, el “silencio de los órganos y tejidos” si es que “lo propio de la enfermedad es venir a interrumpir el curso de algo” (Canguilhem 1982, p. 107).

Donnangelo nos dirá lo que entiende por “asistencia médica” en el sentido de diferenciarla de la salud pública: conjunto de acciones de diagnóstico y terapéutica dirigidas al consumidor individual (Donnangelo, 1975, p. 1). Nada notablemente diferente de lo que hasta ahora ha sido señalado por el discurso odontológico. ¿Puede pensarse entonces en un objeto inclusivo o que medicina y odontología sean lo mismo? No sin que antes se interrogué sobre el objeto de la medicina. Este es un entendimiento que necesita ser más bien hecho, pero desde ya queda implícita la siguiente estructura interpretativa tal como es propuesta por Schraiber (1989, pp. 67 y ss).

Esa autora discute el cuerpo en un enfoque marxiano tomando la significación de ese cuerpo como estructura y soporte de acciones sociales, es decir, estando vinculadas al trabajo y cuya normalidad es definida en los modos de producción. Así, la significación que ese cuerpo adquiere, además de la determinación social de esos significados, encuentra expresión por referencia a los modos de producción en su importancia como agente de trabajo. Ella recordará preliminarmente que a esa estructura deben ser propiciadas “ciertas regularidades estructurales y funcionales” que define como situación biológica de normalidad. Ocurre que esas regularidades aisladamente no bastan para definir esa normalidad. Para ello será necesario añadir otra comprensión para los significados que este cuerpo adquirirá “mientras soporte de acciones sociales”, es decir, en el trabajo en el interior de cuyas relaciones será definida la propia normalidad biológica, sujeto y objeto interpenetrados, fertilizados en la instauración de la vida genérica colectiva.

Foucault había afirmado antes la naturaleza social e histórica de la medicina y por tanto su carácter político: “El cuerpo es una realidad biopolítica. La medicina es una estrategia biopolítica” (Foucault, 1985, pp. 80 y ss). Madel Luz (2022), por su parte, señalará la razón médica como tematizadora de lo social y la medicina como “disciplina de lo social, disciplinadora de relaciones que son casi siempre sociales”.

En este punto se abre una discusión que juzgo prometedora. Aunque no resuelta esa cuestión epistemológica de la reciprocidad de los objetos, por referirse ambas prácticas a territorios científicos comunes, así como a una misma referencia diagnóstico-terapéutica irrigada por los mismos métodos, podemos admitir sin embargo que se revisten de formas diferentes en su expresión, no presentan ciertamente las mismas corrientes ni los mismos influjos, ni las mismas preocupaciones, ni el mismo ritmo de absorción de los descubrimientos científicos de los siglos XVIII y XIX. ¿Constituirían un conjunto, sin embargo, los varios enunciados de la odontología y de la medicina? ¿Se referirán entonces sus enunciados “a un solo y mismo objeto”? ¿Pero el cuerpo biológico (o las relaciones sociales contenidas en él) y la boca serían un mismo objeto?

Un objeto integralizado

Es común que los dentistas se quejen del bajo concepto social de su práctica. Todos reclaman, los “pacientes” más, claro (y los dentistas lo sienten), que el tratamiento odontológico es bárbaro, salvaje, brutal con sus técnicas ortopédico-quirúrgicas, sus máquinas de corte y perforación, martillos, azadas, hachas. Hay una expectativa colocada: unos juzgan estar ante una práctica medieval aprehendida como “arte” autónoma, otros anhelan el día de su modernización. Podemos todos admitir en la intimidad de nuestras percepciones: el tratamiento odontológico es muchas veces demorado y causa toda suerte de sufrimientos y sobresaltos (habría que discutir también los precios relativos de esta práctica, pero esto ha de aguardar). Es innegable que estamos ante una construcción social y psicogénica a un solo tiempo. Si recordamos que tenemos dientes desde siempre —y nos basta retroceder a la Edad Media o a los tiempos anteriores a la anestesia— ya podemos imaginar el espectáculo de demostración de habilidades de los cirujanos-barberos entre los dolores de los necesitados.

La propia odontología no deja de admitir esto. “Debido al estado nervioso del cliente o a su pusilanimidad, la inyección puede traer un simple malestar o presión en el pecho, náuseas, temblores, frío, etc. o aun el síncope” (Solar, 1928, p. 93), es decir, puede llegarse a morir “de pusilanimidad”. Otro autor referido por Edward C. Kirk apenas como “Cryer” (Kirk, 1910, p. 587) comenta que es cierto que hay “una tendencia general en nuestra época que busca ahorrar todo sufrimiento, incluso los breves” y el auxilio de los anestésicos es la concordancia con esa tendencia, incluso cuando el paciente “insiste [...] en la extracción de un diente que podemos salvar y tornar útil”. Pero este recurso de ahorrar sufrimiento no necesita ser aplicado a todos: “Nadie pone en duda ni en cuestión la gran ventaja de los anestésicos, sobre todo cuando se trata de practicar operaciones dolorosas en mujeres nerviosas o niños”; es preferible sin embargo abstenerse de su empleo “si el sufrimiento es aceptado”. Este autor no cierra aquí sus comentarios y los extenderá en otros ejemplos: “Algunas veces pacientes cardíacos pueden soportar sin sucumbir cierta cantidad de sufrimiento; en este caso, si se trata de una extracción simple, es posible operar dentro de condiciones normales” (Kirk, 1910, p. 589). Solo muy recientemente el dolor odontológico, ese tipo de dolor iatrocrático, se ha convertido en objeto de preocupaciones y ha pasado a merecer otro enfoque, admitiendo sin embargo que “es imposible eliminar toda angustia frente a los procedimientos odontológicos” (Trieiger, 1975, p. 21). Volveré a esta cuestión de la angustia más adelante.

Es necesario retornar una vez más a la integralidad del objeto. Estas asociaciones sin embargo me ocurrieron y deben apuntar otro camino a explorar, que es saber si los procedimientos técnicos de la odontología son de hecho *salvajes* y si esto implicaría efectivamente en su baja estima social (existente concretamente o fantasiosa, esta es la cuestión) o si son otros los elementos que compondrían esta angustia o este *temor pusilánime*. Es extraño y paradójico imaginar que haya demanda por modernidad, es decir, algo más rápido, menos doloroso y más duradero, y que a esta demanda no se hayan incorporado efectivamente nuevos procesos tecnológicos en nuevas prácticas y que sus métodos sean ahora como fueron siempre. Pero, ¿cómo

entonces la sociedad pudo aceptar tan pacientemente, y sufriendo esos dolores bucodentales, todos y durante tanto tiempo? o mejor, ¿cómo puede continuar soportando todo eso aún hoy sin conseguir generar la solución necesaria? ¿No habría aquí, más allá de los elementos de la iatrocrazia, una carencia que se establece en un plano psicoafectivo y que sería colectivamente elaborada, involucrando bocas y dentistas?

Iniciando la construcción de las respuestas a estas interrogaciones, es necesario andar en la búsqueda de respuesta para otra interrogación que solo ahora encuentra ocasión para emerger: ¿sería la odontología un campo disciplinar, es decir, constituirían sus enunciados y sus modos de actuar también un campo en el que reglas, prescripciones y controles se harían presentes? ¿Tendría así el sentido señalado por Foucault, Schraiber y Luz, es decir, una disciplina de lo social y orientada al ejercicio de una alianza con el Estado en prácticas de control y regulación no individuales sino colectivas? ¿Estaría esta disciplina también articulada en las dobleces y anfractuosidades de los ejercicios de poder? ¿O, diciendo de otra manera, podrían ser los dentistas aprehendidos como “médicos especialistas en bocas” en la dimensión del ejercicio de su competencia diagnóstico-terapéutica particular articulada a lo general y común de las demás especialidades médicas? Si esto se demostrara, instalaría de inmediato una discusión teórica interesante: el número de médicos duplicaría, puesto que el número de médicos y dentistas entre nosotros más o menos se equivalen; lo que colocaría una segunda cuestión interesante: ¿qué habría de tan fantásticamente peligroso a ser controlado en relación a la boca, al punto de que esta parte del cuerpo necesite de la mitad de todos los médicos para sí, obligando al resto del cuerpo a contentarse desproporcionadamente con la otra mitad médica?

Replanteo una vez más la cuestión del objeto de que estamos tratando, a saber: el cuerpo como objeto médico.

Volveremos para eso a la cuestión de los usos sociales del cuerpo, a la cuestión de las significaciones. Al examinar la lista de las especialidades médicas, se encuentran allí los órganos, aparatos y funciones correspondientes. El cuerpo humano y los problemas del hombre con su cuerpo son de hecho complejos y hay más conocimiento producido para que una sola persona pueda dominarlo todo. Esto dará sustento a los discursos sobre la especialización (precoz o no) de los médicos, tanto los a favor como aquellos en contra. El hecho también es que existe especialización (precoz o no): las reglas del mercado bajo el capitalismo colocan la necesidad de la eficacia (económica) del especialista.

Cuanto más importante, delicado o indispensable sea el órgano, aparato o función, más importante y admirado es el especialista y su práctica. Los órganos, aparatos o funciones no son todos iguales: en la radicalidad de un saber positivo, algunos órganos o funciones son incuestionablemente más importantes que otros cuando se consideran amenazas efectivas a la continuación de la vida. Pero no vivimos así de ese modo amenazados todo el tiempo. Estando vivos, debemos proveer nuestra subsistencia en la organización colectiva que producirá los medios necesarios para ello, no solo medios materiales sino también los considerados *del espíritu*, lo que más genéricamente puede entenderse por cultura. Modos interconectados de producción, interpenetrados, interdeterminándose en un juego incesante en el campo

de las relaciones sociales posibles. Marx nos hablará de esto en *La ideología alemana* y también en los *Manuscritos económico-filosóficos* (Marx & Engels, 1989, pp. 39 y ss; Marx, 1974, pp. 7-54). Las relaciones sociales posibles explicitan el trabajo como categoría de negación, de transformación, doblemente direccionada: se transforma la naturaleza (previamente a su consumo) y se crean y transforman en movimiento el conjunto de aquellas relaciones sociales posibles; estas son formas de asociación y sociabilidad en el ámbito de las cuales los modos de cooperación (visando la producción) social son definidos.

Estas colocaciones refuerzan la exposición de Schraiber sobre los usos sociales del cuerpo. Sin embargo, pienso en hacer aquí breves reparos, pues esta misma cuestión elucida en parte la otra cuestión sobre las significaciones del cuerpo y la importancia (o irrelevancia) de los órganos y funciones. Esto porque, aunque acción fundamental en ese enfoque, el trabajo no es la única *acción* con posibilidad de existencia social. Es necesario especular un poco en esta dirección y preguntar si este modo de aprehender el trabajo no es también el modo de aprehenderlo por el lado de su objetivación concreta, en tanto mercancía, es decir, objeto (cosa) o bien inmediato. Esta pregunta necesitaba ser hecha puesto que hay una serie casi infinita de acciones cuya naturaleza es en esencia social, pero que ni directa ni indirectamente son acciones con características de *trabajo productivo*.

Así, las actividades vinculadas al placer, al gozo y al disfrute de los sentidos requieren todo el cuerpo, obviamente, como soporte —no se imagine que sean acciones que no contengan impresa la marca de lo “social”— en las manifestaciones multiformes de la subjetividad contenida en las realizaciones culturales de la sociedad. Esto permite por tanto escapar al determinismo del trabajo, de cierto modo un economicismo, al proporcionar la noción positiva de la categoría vinculada a determinado modo de producción y solo en él localizar la concretitud social del cuerpo o su uso social.

Pero si el cuerpo significa para el trabajo, tal vez sea oportuno indagar si ese significar no será cambiante al expresarse conforme la modalidad de trabajo. La vida genérica colectiva no tiene solo una sino varias modalidades de trabajo. Son cuerpos diferentes que se relacionan con trabajos diferentes; o no es el caso de preguntar: ¿no sería cada parte del cuerpo afectada de modo desigual por trabajos diferentes? No es creíble que no sea por la vía de esa diferencia que el cuerpo venga a ser penetrado por significados que no se muestran por entero, pero dejan entrever cuánto ya ha sido penetrado de ideología. Desde el punto de vista del capital, parece, y también del trabajo, las partes más directamente afectadas en el proceso productivo son las que más significan. Y las más directamente involucradas en los procesos de mantenimiento de la fuerza de trabajo de la que el cuerpo es soporte: “...esa fuerza de trabajo está indisolublemente ligada al cuerpo de la persona y es inseparable de él” (Marx, 1986, p. 15).

Es más fácil así comprender los modos por los cuales algunos órganos y funciones se vuelven prioritarios y emergen en la forma de programas de salud en la organización de los servicios públicos: en el orden de la producción capitalista, las bocas son dispensables cuando están referidas directamente a la producción económica.

¿Sería posible entonces afirmar la integridad biosocial del objeto médico y eliminar las consideraciones de la clínica acerca de las “partes sin uso” y “partes con uso” social? ¿Hasta qué punto serían la boca y los dientes (no son la misma cosa) “parte” sin uso social? A este propósito, y cerrando estos comentarios, vale un pasaje de Platón, citado por Clavreul:

...ahora será necesario llevar a Carmidas a reconocer que no se puede tratar de una parte del cuerpo sin tratar del cuerpo entero y que no se puede tratar de una parte del cuerpo sin ocuparse del alma: el encantamiento no podría tener efecto sin esta precaución. (1983, p. 103)

Representaciones sociales y servicios odontológicos

Hay otro enfoque posible en el campo de las representaciones que es imaginar que la dentición natural, es decir, las piezas dentarias, son “destacables”. La boca y todo lo que ella alberga es internalizable solo en la experiencia del propio sujeto. Su externalidad clínica la torna disponible en su intimidad anatómica a la mirada inmediata del dentista. Ni siquiera necesita reflexionar mucho sobre la enfermedad o la lesión: se muestran fácilmente incluso cuando el paciente omite información o intenta no colaborar. Sin embargo, aquí vale un comentario de Canguilhem: “...médicos y cirujanos disponen de informaciones clínicas y utilizan también a veces técnicas de laboratorio que les permiten saber que están enfermas personas que no se sienten enfermas.” (1982, pp. 68-69). ¿Médicos y dentistas se construyen de modos diferentes en la construcción subjetiva de su objeto? O diciendo de otra manera, “la vieja diferencia entre médicos y cirujanos, entre lo externo y lo interno, lo que se sabe y lo que se ve” (Foucault, 1980, p. 91) ¿determinaría niveles de abstracción diferentes entre las profesiones, de modo de explicar diferencias en la jerarquía social de las especialidades médicas?

Desvinculada del cuerpo biológico, la boca no sería entonces necesaria para la *vida productiva* (aunque necesaria para comprender la vida social y la propia evolución de la humanidad). No por casualidad la fisiología bucal sigue una clasificación extraña: discurre sobre enfermedades bucales y *manifestaciones bucales* de enfermedades sistémicas. Los actos operatorios odontológicos no dicen nada respecto de la fisiología general.

La externalidad del objeto, la prescindibilidad de las piezas dentarias son partes de un discurso disciplinar. En el imaginario de las gentes y de la ciencia, es decir, en la subjetividad del científico, esto estará siempre presente.

La odontología atribuye al paciente el desinterés, la no prioridad de los cuidados bucales en relación al cuidado de otras partes del cuerpo. Pero, ¿serían los cuidados bucales solo los cuidados clínicos, los cuidados odontológicos propiamente? ¿Desean los dentistas la *odontologización* de la vida genérica? Entre los dentistas tal vez se

imagine que esto sea oportuno y que sea la carencia del cuidado del especialista la que determina las pérdidas dentarias.

En primer lugar, y recordando la *destacabilidad* de los dientes, no son fatalidades o figuras genéticas las que están detrás de esas pérdidas. La boca es la parte más evidente del cuerpo a ser socialmente mutilada para después ser social y racionalmente reconstruida. En el saber odontológico se engarzan las enunciaciones que garantizan la preferencia por la prótesis: el cuidado del especialista no es distribuido de manera igual entre los necesitados.

En segundo lugar, es necesario indagar: ¿serían los cuidados del especialista indispensables para garantizar la existencia de bocas vitales? La respuesta a esta indagación debe ser propuesta en dos direcciones. Una debe buscar el nexo con las condiciones materiales de existencia social y la otra, prontamente articulada a la aprehensión subjetiva de esa existencia, hablará de las representaciones de las que el cuerpo es objeto en la sociedad actual. Un enfoque en la línea metodológica de Boltansky (1989) elucidaría aspectos básicos de esta cuestión. Este enfoque, sin embargo, aún no será considerado aquí.

Pero se trata de saber, y a pesar de todos los discursos odontológicos, si la representación social de la boca estará aumentando, si estará más presente en el pensamiento cotidiano del hombre común.

Un nexo no tan lógico podría ser buscado en lo que las condiciones materiales de existencia social también expresan: su construcción como parte del proceso civilizatorio. Es decir, en los procesos de la vida colectiva y urbana, en las sociedades industriales modernas, lentamente se fueron alterando algunos cuidados con el cuerpo, ocurriendo gradualmente una resignificación que comenzó en las clases dominantes y cultas y se extendió hacia las capas populares: el cuerpo ya no es solo instrumento de trabajo, sino también territorio de consumo.

Norbert Elias propondrá una interesante discusión al respecto. En su obra, este autor elabora los conceptos de cultura y civilización comparándolos en sus elementos constitutivos junto a las elites aristocráticas de Francia y junto a la emergente burguesía alemana a partir del mercantilismo: “El concepto de civilización se refiere a una gran variedad de hechos: al nivel de la tecnología, al tipo de maneras, al desarrollo de los conocimientos científicos, a las ideas religiosas y a las costumbres.” Y continúa: “...este concepto expresa la conciencia que Occidente tiene de sí mismo.” Elias hace una salvedad importante: “«Civilización», sin embargo, no significa lo mismo para diferentes naciones occidentales” (Elias, 1990, pp. 23 y ss).

Es su juicio que para los franceses (y también para los ingleses) el concepto expresa la importancia de sus naciones para el progreso y la humanidad, mientras que para los alemanes la civilización vendría a ser “algo de hecho útil” o aún la apariencia externa de las personas, “la superficie de la existencia humana.” El orgullo de sus realizaciones y en su propio ser los alemanes designarían por cultura (*Kultur*), aludiendo “básicamente a hechos intelectuales, artísticos y religiosos”. Los alemanes, en este sentido, extienden y desdoblan la palabra juntando el correlativo *cultivado*. Describen así “la calidad social de las personas, sus habitaciones, sus maneras, su

habla, sus ropas”, refiriéndose “primariamente a la forma de la conducta o comportamiento de la persona” (Elias, 1990, p. 28 y ss).

Ya en estos primeros enunciados Elias muestra el vigor de sus palabras: “El concepto de *Kultur* delimita [dando] énfasis especial a las diferencias regionales” mientras que el concepto de civilización es inclusivo de una “función de dar expresión a una tendencia continuamente expansionista de grupos colonizadores” minimizando las diferencias nacionales y destacando lo que es común entre los hombres o más precisamente lo que “debería serlo” en la opinión de los que son civilizados. Pero uno y otro expresan su manera de ver el mundo, es decir, “la suya es la manera como el mundo de los hombres (...) quiere ser visto y juzgado” (p. 25).

Puede aceptarse para efectos de la arquitectura de esta exposición que entre nosotros el entendimiento de esos conceptos quede cercano a estas proposiciones.

Ser civilizado, además del reconocimiento antiguo del colonizador/dominador, es también tener cultura, es decir, un conjunto de expresiones calificadas que abarca desde la escolaridad formal hasta los modos externos de presentarse y comportarse ya sea en situaciones públicas o privadas. Son particularmente destacadas estas últimas expresiones: se observan mucho los modos externos de presentarse³. Pero las críticas no son las mismas ni esos modos externos son los mismos para todas las clases sociales. Elias sugiere que el umbral de tolerancia para las transgresiones a esos modos de presentación en los espacios sociales en que son reconocidos es variable en la misma proporción: “El vínculo con la estratificación social es muy claro en el juicio estético” (p. 34).

Asumiendo el origen social e histórico de los “comportamientos civilizados”, Elias establece la oposición entre lo que sería la vida “natural” en contraste con la artificialidad de la ciudad moderna, “vida ‘antinatural de la sociedad de corte’”, si hay una artificialidad es porque en ella están los “artificios”, los hechos del arte, del trabajo humano. Marx describe el momento fundamental de este cambio y lo sitúa en la brutal expansión de las fuerzas productivas que el capitalismo moderno incentiva y propicia. Sin excepción —esta será la tesis— todos los aspectos generales y particulares de la vida humana, de la vida genérica y privada, de la vida en sociedad, en fin, serán revolucionados y adquirirán nuevas significaciones: el capital engendra e instaura un nuevo orden social en el cual una “función civilizadora” se destaca. No se muestra aún un *telos* racionalmente puesto en esta función. Engels, en la introducción de su discusión sobre la situación de la clase trabajadora en Inglaterra, afirma: “...los trabajadores vivían una existencia en general soportable y llevaban una vida honesta y tranquila, en todo piadosa y honesta...” Es decir, vivían en el modo antiguo, vivían sus vidas, sus vecinos, sus relaciones, sus trabajos, sus juegos, sus distracciones, su sexualidad “en una simplicidad idílica” hasta que “la evolución de la sociedad burguesa [...] arrastró en el torbellino de la historia las últimas clases

³ Sin duda, este concepto en la actualidad solo puede ser incorporado si entendemos que los pueblos originarios son productores de cultura y que ellos también, en su condición humana, desde siempre expresan “un conjunto de expresiones cualificadas”.

sumidas en la apatía en lo que respecta a los intereses universales de la humanidad” (Engels, 1985, pp. 12-14).

Elias también establece la noción de la sociogénesis (y una psicogénesis) de esos comportamientos. Así, y a medida que aquella artificialidad se tornaba más exigente y restrictiva, los comportamientos fueron progresivamente cambiando, los modos sociales colectivos de presentarse, modos todos civilizatorios, se fueron conformando a esas nuevas exigencias. “Lo que cabe destacar aquí”, avanza Elias en su razonamiento, “es el simple hecho de que incluso en la sociedad civilizada ningún ser humano llega civilizado al mundo y que el proceso civilizador individual que él obligatoriamente sufre es una función del proceso civilizador social” (1990, p. 15). Hay en eso un aprendizaje: los modos externos de presentarse y los comportamientos deberán ser entrenados y aprendidos, desarrollados y mantenidos a lo largo de la vida.

Siguiendo esta vertiente, Elias propone que la búsqueda de este movimiento se dé en la observación del cambio en los comportamientos sociales concernientes al control de algunas funciones corporales y a las reglas de convivencia a la mesa y en el cuarto. De estos, los comportamientos de control de las funciones corporales son los que más de cerca interesan.

Haciendo uso de documentos que cubren el período que va del fin del mercantilismo europeo al final del siglo XIX, su referencia privilegiada es Erasmo de Rotterdam (c. 1469-1536) y su obra, particularmente *De civilitate morum puerilium*, publicada en 1530, a partir de la cual desarrolla el concepto de civilidad como algo propio de los que deben compartir espacios colectivos en común. “El libro de Erasmo trata de un asunto muy simple: el comportamiento de las personas en sociedad, y sobre todo, aunque no exclusivamente, «del decoro corporal externo»” (p. 69).

Pero este “decoro corporal externo” no es otro que “la manifestación del hombre interior entero”. Y avanza en la dirección de los vastos e infinitos modos y posibilidades de comportarse y de ejercer el control aprendido. No solo cómo sentarse a la mesa, partir alimentos y masticarlos, cómo vestirse, qué vestir de acuerdo con la ocasión, cómo mantener una conversación, hasta la instauración de la cama, el lecho, como un lugar solo propio para el “descanso corporal y nada más”, sino también el cuidado con “las partes a las que la naturaleza atribuyó pudor”, la emisión de gases, “aquellos que porque están avergonzados no quieren que el viento explosivo sea escuchado simulan un ataque de tos...” (Erasmo, citado por Elias, 1990, p.136)⁴, el baño y el aseo corporal (control de los olores del cuerpo).

Y he aquí nuevamente la boca puesta en escena: las eructaciones, así como los flatos, son mal tolerados en los lugares de presentación social, así como el aliento bucal, no el aliento bucal dulce e inebriante de la relación amorosa (o las babas espumosas de los toros míticos), sino el *fetor ex oris*, el hedor que sale de la boca propiamente. Hay una limpieza bucal que debe ser vista como las demás limpiezas del cuerpo: ella también está articulada al esfuerzo general visando los controles

⁴ En Elias, ver particularmente su Capítulo 2, “La civilización como transformación del comportamiento humano” (pp. 65-213).

de nuestras funciones. Tarzia (1991) logró elaborar un (serio) discurso bioquímico acerca de este tema particular, que espero comentar oportunamente, así como espero comentar este mismo asunto aprehendido en otros discursos, incluso en el discurso amoroso.

Podemos pensar la caries y la enfermedad periodontal como “enfermedades de la placa”. Podemos pensar que las placas se acumulan sobre los dientes porque no fueron removidas. Si no fueron removidas es porque los dientes no fueron cepillados, la boca no fue limpiada, no se realizó el baño bucal. Podemos pensar la caries como plaga o flagelo, la última de las parasitaciones del tegumento cutáneo de las capas epiteliales que recubren nuestra superficie externa. Podemos pensar sobre la importancia (o desimportancia) de las prácticas discursivas sobre la piel humana (apariencia humana), las dotadas de una cierta racionalidad y percibir que el baño, antes que nada, es práctica social sin la cual los discursos médicos sobre la escabiosis, por ejemplo, no se efectúan. Hay una escena cuyo reconocimiento ya designa a sus actores: la caza manual de parásitos, común incluso entre poblaciones urbanas modernas marginadas del proceso de producción y consumo. La escena antropológica correspondiente se obtiene por la observación de monos superiores, por ejemplo, que gastan parte de su tiempo social desparasitándose unos a otros. Lejos de significar la permanencia de una costumbre ancestral, la permanencia de la vida humana —vida social humana— aun ocurriendo entre ácaros, hongos, pulgas, chinches, helmintos y otras organizaciones biológicas en esas formas de interacción asociativo-parasitarias revela el abandono social, la negación social a los éxitos colectivos que una cierta expresión de ciudadanía debería garantizar. La metáfora de “Jeca Tatu” en la creación de Monteiro Lobato⁵ contiene una doble desautorización: desmedicaliza las parasitosis y disuelve la visión ingenua de una economía agrícola precapitalista.

La boca es siempre un lugar lleno de vergüenza y pudor. ¿Se efectuarán los discursos odontológicos sobre la boca sin que ese discurso pueda ser él mismo negado y luego instaurado como proceso civilizador, la boca como el territorio de un consumo? ¿No serán el hilo dental, el cepillo, la crema fluorada, el espejo, un juicio de sí mismo, una voluntad del cuidado, elementos todos a ser vistos como insumos de civilización? ¿No habría aquí la formación de un elemento psíquico poderoso, vinculado con ese proceso? ¿No será porque todo lo que de ella sale debe ser civilizado, pleno de cultura, de significados, de símbolos y representaciones? ¿Sería entonces acertado decir que todo nuestro esfuerzo se da en el sentido de controlar sus funciones civilizándola?

⁵ “Jeca Tatu” o “Yeca Tatu” (animal de cuero duro) se constituyó como una alegoría del hombre rústico, pobre y analfabeto del campo, una forma en que la literatura brasileña, a comienzos del siglo XX, se refería a este hombre casi salvaje y en todo alejado del confort y los modos de la ciudad.

Los territorios del deseo

Mi boca es mi lengua, ¿puede decirse esto sin ofensa a los poetas? ¿Esta podría ser una de las conclusiones posibles de todo lo que hasta ahora se ha dicho?

Estas sucesivas descomposiciones y exaltaciones de algunas partes del discurso me conducen necesariamente a otra dirección, la de especular en el sentido del deseo, de lo que la boca tiene como su inmanencia, porque es en ella donde se deposita esta función, porque es en ella donde cierta concreción del acto de desear se realiza. El bebé pronto descubre el poder de este *locus* y su capacidad de multiplicación y de todo tipo de derivaciones y sublimaciones: su relación directa y exclusiva con el pecho tiene los días contados. Su boca fue la zona que operó la fantasía de no separación del materno, del placer irreprimible porque necesario.

No tengo dudas de que me encuentro ante un órgano cuya vocación es eminentemente sexual. Podemos ponernos de acuerdo en esto. ¿Qué debemos entender preliminarmente por sexual? ¿No sería algo propio de una sexualidad de “toda una serie de excitaciones y actividades presentes desde la infancia que proporcionan un placer irreducible a la satisfacción de una necesidad fisiológica fundamental?” (Laplanche & Pontalis, 1991). ¿La embriogenética no dirá que la boca es la zona más preparada del bebé al término del embarazo, justo para garantizar el pacto básico con la vida? ¿A esto no podría llamarse pulsión con sus fuentes localizadas en las excitaciones corporales? ¿La boca no sería ella también dueña de un *principio del placer*?

Pienso en responder afirmativamente a todas estas cuestiones. Pero necesita aun ser más bien discutida esta *función de órgano*, ese principio del placer que se establecerá a lo largo de toda la vida. Sin embargo, el impulso del placer, la satisfacción del deseo, son cosas que exigen gobierno. En cierto sentido, la boca nos llega por la percepción, el dato inmediato, la flor de la piel, los gemidos, las mucosas, los olores, las babas mezclándose otra vez los toros míticos! (Calasso, 1990), la intimidad revisitada. El principio del contrario emerge entre encías túrgidas y frescas: la erupción de los dientes señala la interrupción del idilio, de este *coito ininterrumpido* y aún no (des-) pervertido, la instauración del acto de morder y poder destruir, el alejamiento, en fin, de esta escena de seducción.

Hay un discurso en la odontología sobre esto. Pero ese discurso aún es menos que un sentido bien elaborado, un buen sentido. Hay que ir más lejos, hay que ir más allá de las *manías odontológicas*. Guedes-Pinto *et al.* (1987) abren esta discusión. “La boca es desde el inicio el principal órgano de conocimiento y adaptación del hombre, por lo que su mal funcionamiento acarrea, es obvio, inadaptaciones en todos los esquemas subsecuentes hasta el más complejo, que es el esquema del pensamiento abstracto” (p. 5 y ss). Los autores se basan en Piaget, quien habría propuesto una “psicología estructuralista biológica cuya base es el funcionamiento oral”. Necesitamos prestar atención: no está todavía claro qué se quiere significar con “funcionamiento oral”. ¿Qué sería esta inadecuación de funcionamiento que de manera tan aterradora “acarrea inadecuación en todos los esquemas subsecuentes”?

Hay una función abstracta localizada en la dentición humana, dicen los autores, que Piaget no alcanzó; ni él ni Freud, que habrían visto lo mismo que todos “fijándose

en los aspectos visibles de la succión, dentición y habla” (Guedes-Pinto *et al.*, 1987, p. 5 y ss). Los autores continúan aún ahora para contraponerse al propio argumento: hay una actividad psíquica intensa en el niño, al contrario de lo que siempre se había imaginado. “La infancia no es el tiempo de la felicidad”, dirán. Y con esto indican los conflictos de los que el niño es sujeto. Vinculando el llanto a la experiencia peligrosa, el próximo paso es establecer la vinculación de esta con el acto odontológico: “la entrevista odontológica constituye una relación de salud”. Y concluirán: la psicología permite comprender esto, comprender y explicar las relaciones humanas y “más detalladamente aun las relaciones de ayuda entre niño y dentista [...] caracterizada por un binomio dependencia-independencia” (Guedes-Pinto *et al.*, 1987, p. 5 y ss). Esa ayuda que se instaura en esta relación tan evidentemente desbalanceada, elude la evidencia de que se está vinculando el acto odontológico a una esfera de peligro: “...el llanto significa que el niño se relaciona con un peligro, es decir, interpretó la experiencia como peligrosa...”. El niño puede desear no sentarse en la silla y esto desnaturaliza la “ayuda odontológica”. ¿Y qué caracteriza entonces esa ayuda? Es cuando se restablece la prioridad odontológica, es decir, algo que a pesar de afirmar que “la boca sigue siendo el principal instrumento de relación con el mundo” será expresado como la necesidad de evitar o impedir las graves afecciones de los “esquemas subsecuentes hasta el pensamiento abstracto”, es decir, evitar que el desorden bucal se extienda como herrumbre corrosiva por todo el cuerpo y la vida del individuo. El dentista será —necesariamente entonces— ¡el instrumento para corregir y regular sus funciones! Y por esa vía, la psicología de Guedes-Pinto *et al.* psicologizan el objeto y lo remiten al dominio positivo de la odontología, en la clara y perturbadora defunción de un objeto rechazado.

Pero, ¿qué Freud no habría visto en los “aspectos visibles de la succión, dentición y habla”? Saimovici & Saimovici (1986) nos contarán un poco de lo que no solo Freud, sino también Abraham, Ferenczi y Klein habrían visto. Estos autores inician una discusión en la revisión de los textos psicoanalíticos que instauran otro discurso sobre la boca. Esta revisión es extremadamente densa para ser comentada en el momento, pero me obligo a algunas reflexiones. Si continúo con la referencia a Guedes-Pinto *et al.* es porque estos autores tienen relevancia en su búsqueda de las significaciones no aparentes de la relación odontológica.

Siendo que “ni Piaget ni Freud” vieron más allá de lo visible, ellos mismos dirigirán el ojo del especialista hacia lo oculto: “...la boca es la parte (del cuerpo) que más se encuentra desarrollada para funcionar, para servir a las intenciones del ser. Es ella también la que organiza la primera forma de relación del ser con el mundo” (Guedes-Pinto *et al.*, p. 13). Física y socialmente apoyado, el niño percibe el mundo de forma positiva, es decir, confiado, y así podrá expandirse. Y a esto añadirán: “El funcionamiento oral es la base de esa expansión y las experiencias que el niño pasa en el primer año de vida determinan muchas de sus características de personalidad”.

No añadirán mucha cosa más y por eso no esclarecen ni los nexos ni las articulaciones ni la génesis de esa oralidad tan extraordinariamente poderosa y tan extraordinariamente frágil: si jugar con la boca significará jugar con los esquemas de vida, esto aún necesita ser mejor contextualizado y aclarado.

Retornemos a la revisión de Saimovici & Saimovici. En las conclusiones, estos autores señalan la emergencia de un discurso constituidor de la oralidad, mediante la descripción de los elementos primarios que componen el “funcionamiento oral” como expresión de un erotismo ubicado allí: la boca y los dientes, tal como ángeles negros de Lilith, son objetos susceptibles de una definición en el discurso psicoanalítico.

El diente marcaría la “inevitable separación” entre el placer de la succión y la función alimenticia. Surgen como elementos o “como instrumentos manipulados por los músculos masticatorios al servicio del canibalismo”. Este canibalismo, compuesto como un “antecedente arcaico del componente agresivo de la libido”, es lo que caracteriza esa fase oral-canibalística, como etapa pregenital, es decir, la acumulación de material fantasístico que incluye como fantasía “el comer destruyendo el objeto”. Queda entonces definido un “papel libidinoso” de los dientes. Estas hipótesis no constituyen aún un problema, pues no es el deseo bucal verdaderamente la causa de ciertos síntomas, sino la fijación en esta etapa, es decir, el desarrollo de las fantasías con vinculación probable al “papel libidinoso y agresivo del canibalismo”, que lo lleva a querer “incorporar el objeto para poseerlo y conservarlo o destruirlo” (Saimovici & Saimovici, 1986, pág. 187).

Melanie Klein, otra psicoanalista cuyo texto fue analizado por Saimovici & Saimovici, al relativizar las formulaciones de Freud, Abraham y Ferenczi, considera que los dientes son elementos en juego, junto con otros elementos, aunque bajo la primacía del oral: “...desde el primer momento actúan impulsos orales, anales y genitales, aunque bajo el predominio del oral”. Es enorme la contribución de Klein en esta discusión, pero Saimovici & Saimovici (1986) se colocan en una posición equidistante respecto al conflicto. Así, concluirán: “Estas consideraciones previas nos permiten situar el significado de los dientes que describe cada autor, de acuerdo con el contexto de su marco referencial y de la interpretación del material clínico investigado” (p. 188). Es decir, ni tanto al mar ni tanto a la tierra. Estas formulaciones de Klein son posteriores a las de Karl Abraham, quien daba valor “al hecho de ser los dientes órganos capaces, por su naturaleza y acción, de destruir realmente el objeto” (Saimovici & Saimovici, 1986, p. 189). Esto, tal vez, sea el elemento estructural de esa fantasía oral-canibalística. Ferenczi, citado en esta revisión, caracteriza mejor lo que viene a ser este impulso de destrucción. “En el estado intrauterino”, dirá él, “el feto puede ser considerado como un *endoparásito* de la madre y, de forma similar, el lactante un *ectoparásito*”. Y continúa la aclaración: “El lactante desarrolla órganos de masticación y con su ayuda actúa como si quisiera devorar a la madre amada, que finalmente se ve obligada a destetarlo”. Ferenczi hará la vinculación entre el pene y los dientes, importante para comprender las fantasías de castración asociadas a pérdidas dentarias: “Pienso que el canibalismo no está solo al servicio del instinto de conservación, sino que los dientes son también, al mismo tiempo, armas al servicio de las tendencias de la libido, instrumento con cuya ayuda el niño intenta penetrar el cuerpo de la madre” (Saimovici & Saimovici, 1986, p. 189).

Encaminándose ahora hacia la finalización de estos comentarios, que justamente alejan la hipótesis de algo “visible en la succión, dentición y habla”, es decir, posibles de transformar cosas invisibles en visibles, en la dirección, por tanto, de la negación

de su positividad, es importante mencionar las elaboraciones de Arminda Aberastury⁶ (1984) acerca de esa oralidad.

La autora analizó el material clínico obtenido en las actividades con grupos de madres y acompañantes y niños, en un trabajo conjunto entre las áreas de psicología y odontopediatría de la Universidad de Buenos Aires, a fines de la década de 1950 y la de 1960. Ella había sido seguidora de Melanie Klein, particularmente, y desarrolló formulaciones propias y originales acerca de la relación objetal boca-pecho y sus descubrimientos son importantes porque conducen justamente a la aproximación, en su psicoanálisis, de la figura del niño no cooperante o niño rebelde, permanentemente presente en las discusiones de los odontopediatras. Sus contribuciones, además, son fundantes de las elaboraciones de Saimovici & Saimovici, quienes fueron sus colaboradores.

Aberastury inicia describiendo lo que denomina “etapa genital previa” y la importancia de la dentición para su inicio. Su hipótesis principal es que el caminar (el bipedismo), la dentición, el habla y el control de los esfínteres son eventos vinculados entre sí en el desarrollo de la sexualidad infantil. En el ensayo denominado *Ansiedades frente a la experiencia odontológica*, trata las angustias despertadas por el tratamiento odontológico, que serían de tipo irracional (Aberastury, 1984, pp. 115-126). No habría relación positiva entre el estímulo y la reacción, entre el procedimiento/instrumento y el miedo, entre las cualidades y los rasgos de carácter del paciente (si es o no *valiente* frente a otras situaciones, por ejemplo) y las cualidades del profesional (hábil, simpático, etc.) e incluso del lugar de atención (decoración agradable). No hay relación entre situaciones, pero aun así las personas tienen angustias y las manifiestan, no solo los niños sino también los adultos, personas —en fin— que pierden el control en el sillón del dentista.

Aquí están nuestros temores nuevamente en escena. “Al analizar estas reacciones”, dirá entonces Aberastury, “durante la terapia psicoanalítica se hizo notoria la semejanza entre estas conductas y las observadas en pacientes fóbicos” (p. 115). En las fobias el elemento potencialmente ansiógeno se encuentra internamente distorsionado, es decir, no hay relación de proporción entre el objeto fóbigeno y sus dimensiones en el mundo exterior. “En el consultorio odontológico sucede lo mismo; es donde el ansiógeno de la situación no reside en sus características formales, sino en su función misma”, afirmaba.

Mi propia experiencia indica que en estos casos son escasos o inútiles los esfuerzos de argumento o de explicación racional de lo que se pretende o no realizar en la consulta, lo que no impide que se siga explicando, incluso sin la intención explícita de obtener la colaboración del paciente. Si existe una genitalidad precoz ubicada en la boca, si existen fantasías canibalísticas que emergen en la textura rosada de los sueños, si existe una descarga genital en forma de descarga oral es porque se está

⁶ Arminda Aberastury (1910–1972), psicóloga y psicoanalista argentina, realizó importantes contribuciones a la comprensión de la infancia. Contemporánea y amiga de Melanie Klein, cuya obra introdujo en los círculos psicoanalíticos argentinos, Aberastury se ocupó de las fobias dentales de una manera que el psicoanálisis no había hecho antes.

fantaseando un ataque. Es observable que los niños presentan modificaciones en sus comportamientos cuando los dientes comienzan a erupcionar: “La aparición del diente obliga al niño a abandonar el vínculo oral con la madre, vínculo que le ayudó a superar el trauma del nacimiento”. El niño tendrá ahora que elaborar el trauma de otra separación, el alejamiento de la “escena primaria de seducción” como fantasía que la relación de la boca con el pecho propiciaba. A pesar de ser extenso, es necesario presentar un largo pasaje en el que la autora afirma su posición:

Uno de los sufrimientos mentales más intensos que padecemos es el de la experiencia del dolor, tanto los pequeños como los grandes dolores que nos impone la vida. El primero de ellos es el dolor por la ruptura del primer vínculo con la madre. Cuando un lactante siente sus dientes, siente también que puede soltarse y perder a su madre; entonces aparecen en su ego mecanismos de defensa que lo hacen reprimir su sadismo, su deseo de morder; pero, también junto con esta represión, sucumbe en cierta medida el contacto con la madre, y parte de las cargas que estaban puestas en ella necesitan ahora desplazarse hacia otro objeto. Cuando sufrimos una pérdida caemos en un estado de depresión y tristeza, sentimos la sensación de estar abrumados por el dolor, y si la pérdida es bien elaborada descubrimos que la vida comienza de nuevo a interesarnos y que parte de las cargas que habíamos puesto en este objeto pueden colocarse en otro u otros. Este proceso de dolor es similar al que realiza el lactante cuando comienza a desprenderse del vínculo oral con la madre y se orienta hacia el padre y el mundo circundante. (Aberastury, 1984, p. 119)

Es de imaginar si estas observaciones podrían haber encontrado razón de existir y si habrían alcanzado la complejidad de sus enunciados en otro contexto histórico que no fuera el de su emergencia en la época en que se dio. Puede situárselas muy apropiadamente, en su psicogénesis, como manifestaciones de formas de conciencia sobre nuestra existencia producida, tanto la de los objetos materiales, como la del espíritu.

Un psicoanalista, Porto Carrero, citado por Silvia Alexim Nunes (1988), casi como un epitafio a estos comentarios, anuncia finalmente la *norma odontológica*, la constitución del territorio de un ortodóntico:

El Complejo de Succión, que consiste en la persistencia del hábito de chupar el dedo o el chupete, degenera muchas veces, más tarde, en los vicios que se satisfacen por la boca – la glotonería, el alcoholismo, o incluso por analogía, el cocainismo, el morfinismo.

Y añade, comentando sobre el “buen desarrollo físico y moral de los niños”:

Es claro que, para este fin, es necesario empezar desde el principio, al menos. El placer de la succión se revela con la primera mamada; es conocido el placer que tienen los lactantes en succionar el pecho hasta la regurgitación; y no debe despreciarse la influencia que pueda tener sobre el niño el cultivo de este hábito, que ejerce las necesidades vitales de la conservación individual. Si la naturaleza puso, a la puerta de la conservación del individuo, el

placer bucal, como puso la voluptuosidad genital en la raíz de la conservación de la especie, no es de buena higiene cultivar el exceso de placer, más allá de sus necesidades propias. (Porto Carrero, citado por Alexim Nunes, 1988, pp. 61-122)

Hay un emblema del terror a este descontrol ilustrando el *Dentistry*, la historia de la odontología de Melvin Ring (1985). Es la foto de una escultura en hueso o marfil, representando un diente molar. Se nota que se articula en dos partes, tres pequeñas clavijas permitiendo abrir y revelar su interior, la visión del escultor revelando los poderosos impulsos de destrucción que están ahí contenidos. En la parte superior de la pieza, a la izquierda, una cara diabólica está enmarcada por una enorme serpiente que, al mismo tiempo que sujeta un cuerpo desnudo, humano, con la cola ya se traga toda la cabeza y parte del tronco de otra figura humana, también desnuda. Esta es masculina, sin duda, aquella es femenina. ¿Qué hacen Adán y Eva en lugar tan insólito? En la parte derecha, cuerpos humanos alimentan una hoguera, cuidada por dos condenados que en ella arrojan partes de cuerpos humanos, y las llamas se elevan hasta ocupar todo el interior de aquella cámara, hasta tocar el techo. ¿Sería esta hoguera la *zarza ardiente* (el fuego de la liberación) o el fuego eterno del Armagedón?

Los médicos están acostumbrados a la idea de la muerte, con la práctica de su saber permanentemente relativizada por la muerte, cuya emergencia atestigua su fracaso, pero acostumbrados —de cualquier modo— con un tipo de ocurrencia que es siempre singular en el plano de su concreción, su dura y fría realidad. Los dentistas, al contrario, quedan privados de esta experiencia directa: sus experiencias no son más que manipulaciones simbólicas, de las representaciones de esa muerte, de las manifestaciones fenomenales que encubren los productos concretos del vientre social, ya que también es como su simulacro que será aprehendido. La pérdida localizada en la boca viene, así, traducida en forma de dolor, de incomodidad, de sangre resultante de una violación, la penetración concedida por la necesidad.

Capítulo 8

Sobre la bucalidad: Notas para la investigación y contribución al debate

“En esta obra, no hay nada predispuesto ni preordenado: todo lo que sucede y se desarrolla debe ser entendido como un intento improvisado [...] no es en vano que se da vida a un personaje”

Luigi Pirandello (1867-1936)

El problema de la salud bucal colectiva

Parece que algunos conceptos se vuelven problemáticos con el tiempo, es decir, la escala de problematizaciones, deducciones lógicas e inferencias que permiten se dirige hacia ellos mismos y los convierte, en cierto sentido y de manera forzada, en tautológicos¹. Esto quiere decir que, en lugar de permitir la construcción de problemas y su correspondiente solución, antes que nada, el concepto llega a ser un *problema en sí mismo*. Ahora bien, si una herramienta es *problemática* en su aplicación o uso práctico, no sirve como herramienta. Si no funciona como se esperaba, si se atasca, si induce deformaciones en el objeto o simplemente es de difícil manejo, no se puede hablar de herramienta. Lo mismo ocurre con conceptos, nociones e ideas, y eso es lo que parece estar sucediendo con lo que denominamos salud bucal colectiva.

Sin duda, los productos del pensamiento tienen “existencia en sí” porque pueden ser producidos “para el pensamiento”, simplemente, y de hecho esto ocurre en el flujo continuo —porque estamos vivos— de las formas de conciencia en acto de autoproducción, y luego porque, y aun en la esfera de esas formas auto-subjetivadas, pueden ser vistos como “fuerzas productivas” (Vieira Pinto, 1985, pp. 85-86).

Se espera que haya *energía positiva* en una categoría de estas porque igualmente se espera que sean *traducidas* en políticas (o que estén *detrás* de ellas) y de igual modo en la organización de los procesos de trabajo. Por eso, se admite que las ideas que importan deben articularse al mundo concreto; al mundo de la acción práctica. Esto puede ser fácilmente comprendido y demostrado. Doble modo de existir, uno de los cuales no es nada práctico: para el sujeto que reflexiona; y para el *otro*: es solo aquí

¹ Publicado por primera vez en *Ciência & Saúde Coletiva* (2006).

donde los conceptos, las nociones, las ideas toman significado y se efectúan. Esto significa existencia (cultural y política) práctica. Las personas no solo quieren no pensar tonterías; nadie quiere pensar ideas que no sirvan para nada.

Hablando como Thomas Kuhn (1992, pp. 57-66), pensamos lo que debe ser pensado para resolver problemas, o, para ser exactos, unos *rompecabezas*. Thomas Kuhn piensa a partir de una de las formas del pensamiento, el científico, y se restringe al mundo de las ideas. Siendo un mundo en referencia a la ciencia, en él no hay sujetos. Se volverá a esta cuestión más adelante, pero lo que vale la pena resaltar en el modo en que Vieira Pinto pensó las “fuerzas productivas” es que, entonces, los productos de la ideación (teoría) alimentan la vida práctica tanto como son “fuerzas productivas” para la producción de nuevas ideas, es decir, producen nuevos pensamientos.

Un primer problema, entonces, se anuncia: ¿qué decir de la existencia (culturalmente) práctica de la salud bucal colectiva? ¿Cómo entender o hacer visible su *contenido tecnológico*? ¿Solo en esta dimensión la entenderíamos como *herramienta*? ¿Y no sería ella una *herramienta* con la capacidad de producir *nuevas herramientas* o, aun, *nuevos entendimientos o ideas*?

De algo así constituido se podría decir que funciona como referente, es decir, que contiene la posibilidad de ser referencia para otras cosas, una baliza, un hito, algo que pueda guiar o sostener cualquier proyecto. Por eso hablamos de marco teórico y aun de referencial teórico-metodológico, pues queda claro que aquello que guía o referencia contiene en germen, y al mismo tiempo, la clave de la explicación y del modo de hacer.

Consecuentemente, un concepto o categoría (“unidad de significación de un discurso epistemológico”), para funcionar como referente, o ser este referencial teórico-metodológico, necesita explicitar lo que Althusser (1986) denomina índice de eficacia, es decir, que tenga como “ventaja teórica” la capacidad de revelar las determinaciones objetivas y subjetivas que rodean al objeto y permita formular su “problema teórico” (p. 110).

Ahora bien, como señala Narvai (2001), con la salud bucal colectiva estaríamos lejos de eso. De hecho, en su artículo, este autor encontró ocho posibilidades distintas de significados para esta denominación, la mayoría de ellas excluyentes entre sí. Este verdadero “octólogo” sería producido por efecto de las representaciones de los diferentes grupos (dentistas, entidades, servicios, investigadores, reforma sanitaria, “bucaleros”), cada uno a su manera reproduciendo el concepto.

Discutiendo la misma limitación, Moysés & Sheiham (2003) pertinentemente se interrogan:

Antes de trabajar con mayor profundidad algunos aspectos atinentes al campo de la recién denominada Salud Bucal Colectiva (SBC), cabría preguntar sobre la misma: ¿se trata de un “nuevo paradigma” en el campo de las ciencias de la salud, o de la salud colectiva o incluso de la odontología?

Moysés & Sheiham entienden, al igual que Narvai, que hay dispersión de significados o “mezcla” de áreas y disciplinas imbricadas en la “denominación”, y luego,

afirmando que “la filiación epistemológica y el consenso discursivo entre los protagonistas aún no materializan una identidad científica común”, concluyen:

...difícilmente encontraremos entre los autores y personajes que conforman la SBC en Brasil “realizaciones científicas, formulando problemas y soluciones modelares para una comunidad de practicantes” [...] mucho menos tendríamos la delimitación consensual de los hechos relevantes a ser investigados, con métodos de abordajes adecuados y respectivas soluciones legítimas. (Moysés & Sheiham, 2003, p. 389)

La inspiración kuhniana es evidente y, de hecho, los autores piensan la salud bucal colectiva desde la perspectiva de la noción de paradigma. Visto así, no habría “identidad científica común” entre los protagonistas, ni la salud bucal colectiva se realizaría como ciencia, ya que estaría lejos de proporcionar “problemas y soluciones modelares para una comunidad de practicantes”.

Moysés & Sheiham, ante tan contundente afirmación —y luego reflexionando que estamos en los “remotos trópicos latinoamericanos” y que pueden existir “casi-paradigmas”, como racionalidades constructivas abiertas a lo que cuestionan o en “diálogo con la realidad que les resiste”— se preguntan si no estaríamos “innovando en salud [bucal] colectiva” y concluyen con la propuesta de que la SBC sea “una racionalidad no dogmática ni normativa, sino abierta al debate” (p. 390).

Que así sea. Y, sin embargo, hay dos distinciones notables en los enfoques de Narvai y en los de Moysés & Sheiham que deben considerarse. Mientras el primero vincula el concepto casi de inmediato a los servicios de salud (aunque no exclusivamente), y desde dentro de ellos propone la crítica de la odontología, Moysés & Sheiham, al recurrir a la noción de paradigma (incluso suavizada por la referencia a E. Morin), resaltan expresiones como “identidad científica”, “hechos a ser investigados” y el suministro de “problemas y soluciones modelares para una comunidad de practicantes”. Pero los “practicantes” de aquí no son los de allá: paradigma no se refiere al “personal de los servicios”, sino, más bien, al “personal de la ciencia”, es decir, la comunidad de practicantes kuhniana es la “comunidad” de los practicantes de la ciencia, es decir, los científicos. Lejos de parecer un dilema inextricable, estamos cerca de la solución.

Dos consideraciones deben hacerse aquí, pues el “octólogo” de Narvai nos remite a las formas que la salud bucal colectiva asume, es decir, a los *esquemas de conservación y reproducción* según los sujetos involucrados, mientras que en Moysés & Sheiham se deberían considerar los elementos constitutivos de una teoría y sus formas elementales, es decir, el *componente descriptivo* de una teoría (para, una vez más, acercarnos a Althusser).

En Narvai se trata de comprender la salud bucal colectiva como una expresión teórico-política, porque entonces interesó (y aún interesa) a los diferentes actores en situación (entidades profesionales, etc.), y esos diferentes actores no son otros que los distintos sujetos en acción en el campo de la salud colectiva, esa arena que Cecilia

Donnangelo percibió atravesada por los conflictos (sociales, económicos, culturales, etc.), por la política y por la ideología (Donnangelo, 1983).

Así, no es de extrañar que diferentes sujetos representen para sí mismos la realidad idealizada, ya sea la realidad de la vida de las personas, las propias personas y la sociedad en la que viven, e incluso la odontología. En esta instancia, es cierto que se extrae el contenido crítico del concepto (una de las acepciones a las que Narvai hace referencia) y se aniquilan en él las posibilidades de transformación y creación. Por el contrario, frecuentemente reducido a un componente *odontológico*, ha servido para justificar la reproducción de lo mismo, es decir, interesa a los grupos hegemónicos la conservación de sus prácticas, incluidas las profilácticas, de modo que, en estos casos, asumir la denominación “salud bucal colectiva” no es más que un efecto de superficie. No reproducir es morir, pero reproducir lo mismo, e indefinidamente, es la quintaesencia del conservadurismo (reaccionarismo epistemológico).

Por otro lado, y esto también es notable, la producción teórica en salud bucal colectiva es aún bastante descriptiva. Da cuenta, como plantea Althusser (1986), de ser un comienzo, el punto inicial, “el principio decisivo de cualquier desarrollo posterior de la teoría”, porque sus descripciones (estudios epidemiológicos, evaluación de productos y procesos, etc.) hacen “posible que la vasta mayoría de los hechos observables en el dominio que a ella concierne correspondan a la definición que ella proporciona de su objeto” (p. 112). Moysés & Sheiham no se equivocan al pensar la producción científica de esta salud (bucal) colectiva, pero en los términos en que lo hicieron, al usar la noción de paradigma, redujeron su mirada, pues el paradigma se refiere a las “ciencias duras” y, no solo eso, al modo o punto de vista bastante específico con que Thomas Kuhn aborda la historia de la ciencia, completamente desligada de la historia de los hombres y, así, ahistórica, ya que se desarrolla únicamente en la mente de los científicos. (Sorprendentemente, el estudio de Moysés & Sheiham, marcado por un rigor conceptual y metodológico poco común, es muy poco “paradigmático”, afortunadamente, y en él logran la demostración exitosa de hipótesis poco probadas).

Sería posible, sin duda, pensar en el desarreglo científico de la salud bucal colectiva, lo que la impediría (incluso con la autorización de Moysés & Sheiham) funcionar como paradigma, es decir, como referente. Ser, por lo tanto, un estructurante. Y tampoco se podría concebirla con la formidable dispersión conceptual que Narvai señala. Aquí, sin embargo, se podría pensar en esta dispersión como la de los significados, que siempre son desbordantes y excesivos en relación con el significante. En la relación entre el significante y el significado siempre hay un sujeto; sin él, el significante yacerá inerte; es a través de él y en él que los significados se producen, siendo el producto de un sujeto activo, aunque solo sea en el pensamiento.

Pensar en el sujeto es pensar en el “comportamiento material del sujeto en cuestión” (Althusser, 1986, p. 129), y esto nos remite al terreno de las pulsiones y del deseo, es decir, de las voluntades, lo que significa, en definitiva, el terreno de la política. Es a esto a lo que nos conduce el *octólogo de Narvai*, pues —apostemos— al operar cada uno de esos posibles significados que Narvai encuentra, se vislumbra una política, otra manera de organizar la práctica, de concebir los servicios, de producir

discursos sobre el paciente, de organizar la enseñanza, y también de hacer ciencia. Y —apostemos de nuevo—, no puede haber paradigma en este lugar, porque los discursos que encontramos en él no son discursos de ciencia: en su lugar encontramos la ideología del científico (de los técnicos, de los asesores, de los formuladores de políticas). Esto significa un sujeto dotado de una conciencia que contiene *las ideas de las creencias de ese individuo* o, más bien, las ideas de las creencias de ese individuo. Paradigma y ciencia se ajustan: la ciencia no vive de producir creencias, sino certezas (aunque estas frecuentemente parezcan creencias...).

Falta discutir con más propiedad cuál sería entonces el problema de esta salud bucal colectiva, recordando que problema es una categoría del sujeto (puesto que recortar un problema —o plantear una cuestión— es una actividad completamente ligada a un sujeto y al lugar que ocupa, al objeto que lo impulsa y sus modos de hacer, es decir, de ser práctico).

Plantear estas cuestiones es, como dice Castoriadis (1997):

...interrogarse sobre la organización y el contenido del “saber científico” en cada etapa o cada época; pero es también, evidentemente, interrogarse sobre lo *que* es así conocido cada vez, o mejor, sobre la organización y el contenido de lo que, simplemente, es. Si esta cuestión no es planteada, si los “paradigmas” [...] sucesivos son presentados de forma puramente descriptiva, sin ninguna interrogación respecto a su relación recíproca y lo que, en el objeto al que apuntan, hace posible su existencia, su sucesión y su sucesión en ese orden y no en otro cualquiera, no reflexionamos verdaderamente sobre la ciencia, hacemos, en el mejor de los casos, su etnografía. (p. 224)

Hasta el momento, no se ha procedido de otra manera, pues al interrogar la salud bucal colectiva fue el *conocimiento* (teórico y práctico) de ella lo que estuvo en juego. Y si vamos a interrogar aún la organización y el contenido, es el objeto de este conocimiento (teórico y práctico) del que debemos dar cuenta, es decir, debemos superar en él las formulaciones ideológicas que lo rodean, así como al sujeto y el trabajo que realiza. Y si cuestionamos el objeto, y dado que hay un sujeto articulado a él, debe haber un trabajo. Parece que en estos puntos es donde residen las carencias de esta salud bucal colectiva.

Se tomará como referencia y filiación (lugar del sujeto) el octavo significado del “octólogo” de Narvai: “la salud bucal colectiva es parte integrante de la salud colectiva” (2001, p. 48). Así, este lugar, contradictorio como lo son los productos históricos, es una fuente de inspiración privilegiada, más que un simple telón de fondo.

El problema de la salud colectiva

Los problemas que rodean a la salud bucal colectiva, que tienen que ver con su científicidad y con los sujetos que la hacen avanzar, son —y no deberíamos sorprendernos por ello— en gran medida los mismos que animan la producción teórica de

la Salud Colectiva. No hace mucho tiempo, un taller promovido por la ABRASCO tuvo como objeto de trabajo precisamente lo que en esa ocasión se denominó su “crisis de identidad” (Goldbaum *et al.*, 1999). Es decir, fue como si en medio de un día cualquiera nos planteáramos abruptamente la pregunta: “¿quién soy?” Y ya poniéndonos en plural, “¿quiénes somos?”; pues este taller reunió a sujetos, *un cierto colectivo*, y en él surgieron esta y otras preguntas (“¿quiénes somos, *al fin y al cabo?*”), y luego todas las respuestas que ya estaban contenidas en el cuestionamiento, porque ese día no se reunieron esas personas para reconocer el fracaso de un proyecto, sino, más bien, para afirmar su éxito.

¿Por qué, entonces, la duda?

No por casualidad, Campos (2000) examinó algunas de estas cuestiones. El autor propone:

...repensar la salud colectiva, aprovechando la historia y la tradición de la salud pública. Entenderla tanto como un campo científico como un movimiento ideológico abierto [...] Un movimiento que [...] contribuyó [...] a la construcción del Sistema Único de Salud [...] y enriqueció la comprensión sobre los determinantes del proceso salud-enfermedad. (p. 220)

El vigor de esta apertura da cuenta de situar el éxito del que se hablaba antes. Pero no será menos rigurosa la duda de la cual se cree exorcizar al reconocer “...que la forma en que ha ocurrido su institucionalización ha bloqueado la reconstrucción crítica de sus propios saberes y prácticas, provocando una crisis de identidad manifiesta en su fragmentación y dilución como campo científico.”

Así, podemos considerar el movimiento de esta salud colectiva que antes no estaba institucionalizada, o no lo estaba en gran medida, y que ahora no reconstruye sus saberes y prácticas de manera crítica. De esto deriva su crisis de identidad y su fragmentación.

Esta posición coincide con la de muchos autores, entre los cuales se destaca el conocido ensayo de Paim & Almeida Filho (2000). Para ellos, “...los marcos de referencia de la salud en el ámbito colectivo que dominaron el pensamiento sectorial durante más de medio siglo parecen agotados, en el momento actual, enfrentando serios impasses y limitaciones” (p. 14).

Este agotamiento en parte estaría confundido con el “del paradigma que sostiene sus prácticas” y también por el “debilitamiento de los discursos ‘sociales’ de la salud”. El primer tipo de agotamiento se refiere al campo científico de la salud, que “atravesara una profunda crisis epistemológica, teórica y metodológica”, y el segundo tipo resultaría de las políticas neoliberales, bajo la vigencia del Estado mínimo. Ambas vertientes constituirían la “crisis de la Salud Pública” o la emergencia de una “Nueva Salud Pública”, términos que toman prestados de autores *neoliberales* como Frenk o de los informes de las agencias sanitarias y financieras internacionales (OPS, OMS, Banco Mundial).

Sin duda, Paim & Almeida Filho, en su exhaustivo análisis, buscarán refutar las tesis neoliberales en salud, centradas en “programas de modificación de comportamientos considerados de riesgo”, que identifican como “elementos extra discursivos

del debate”, entre los cuales destacan las situaciones económicas impuestas al Estado, la creciente inequidad de los determinantes de la salud, la calidad del ambiente social y “las disparidades en la distribución de la renta y el poder”, eventos que perciben articulados con las “modificaciones del panorama político y social del mundo”. Tales modificaciones, recordemos, son las introducidas por Ronald Reagan, Margaret Thatcher y Karol Wojtyła. Pero aún se preguntan si el problema no sería “más profundo, a nivel [...] del paradigma científico [de la salud colectiva] que fundamenta este campo de práctica social y técnica” (Paim & Almeida Filho, 2000, p. 56).

A tales dilemas —la situación del mundo o la crisis del pensamiento— los autores proponen resolverlos pensando la salud colectiva como una cierta forma de utopía. Nos recordarán que “utopía trae la idea de esperanza. Algo que no tiene *topos* (lugar) hoy, pero que podría tenerlo mañana”.

Ahora bien, la esperanza es una categoría de la subjetividad, del orden del deseo de un sujeto que espera o desea algo, y es de esperar que todo sujeto que desea se ponga en marcha para realizarlo. Aquí nos acercamos, y en gran medida, a la acción y a la política (y todo esto no se mueve nunca sino por la voluntad), y, citando a Martha Harnecker, Paim & Almeida Filho concluirán que: “La política no es el arte de lo posible, sino el arte de construir la fuerza social y política capaz de cambiar la realidad, haciendo posible, en el futuro, lo que hoy parece imposible” (p. 114).

Es necesario ir despacio, sin embargo, porque los autores, al acercarse al sujeto, redujeron las posibilidades de lo real (mundo y pensamiento) a solo su componente subjetivo, impreciso y vagamente consciente, no al mundo y a lo real de este, objetivamente hablando, sino a su *forma representada en el pensamiento*, al pensamiento del mundo. Y como al inicio del ensayo admitían que todos esos hechos (¿o fenómenos?) que iban a examinar son percibidos “de manera diferente por los distintos sujetos que actúan en este campo social” (Paim & Almeida Filho; 2000; p. 14), convierten la cuestión en algo totalmente contingente, un juego del tipo puede ser o no ser, o podría ser de otro modo, o no es del todo así, o es así si le parece. Es decir, la cuestión, en realidad, sería ideológica.

En este punto, las posiciones de Moysés & Sheiham, y las de Narvai, se acercan a las de Paim & Almeida Filho, es decir, a la de este objeto que oscila entre la ciencia y los sujetos, esta salud colectiva y la salud bucal dentro de ella, el todo y la parte en un ejercicio dialéctico de interpretación, una demostración elocuente de la inseparabilidad entre lo general y lo particular.

De modo que sería entonces conveniente, a partir de ahora, averiguar las condiciones materiales, o la base material, que son las condiciones de posibilidad para que se constituyan los discursos de los sujetos. Aquí se adoptará la posición de Žižek (1996), para quien “la ideología no tiene nada que ver con la «ilusión», con una representación equivocada y distorsionada de su contenido social”, sino que, más bien, es parte de la construcción (social) simbólica de la realidad (pp. 12 y 26). Coherentemente, Žižek piensa que “la línea divisoria entre la «verdadera» realidad y la ilusión” no es clara, que la realidad “nunca es directamente ella misma”, y que “la «realidad», al igual que la verdad, nunca es, por definición, «total»” (p. 26).

La realidad no es lo real, es decir, la cosa en sí misma, sino que lo que experimentamos como realidad es lo real ya simbolizado, constituido y estructurado por mecanismos simbólicos, y el problema radica en el hecho de que la simbolización, según Žižek, en última instancia, “siempre fracasa, nunca logra ‘abarcarse’ completamente lo real, siempre implica una deuda simbólica no saldada, no redimida” (p. 26).

El autor también nos recuerda que “la propia idea de un acceso a la realidad que no esté distorsionado por ningún dispositivo discursivo o conexión con el poder es ideológica”, y que no existe la posibilidad de un “nivel cero” de ideología en las prácticas discursivas. Además, “no hay ideología que no se afirme distinguiéndose de otra «mera ideología»”; el sujeto que realiza este movimiento, es decir, el de distinguir entre “su” ideología y las “demás”, siempre requiere la construcción de otro cuerpo de opinión. Podría parecer, visto de este modo, que este enfoque “no tiene nada que ver con las luchas sociales concretas”. Al contrario, como afirmará Žižek, y antes de él Althusser, la ideología está constituida por esas luchas sociales concretas, porque es en ellas, y a través de ellas, que se verifica la reproducción de la sociedad en su conjunto, o la reproducción de la vida social en todas sus dimensiones —biológica, económica, política, cultural, etc.— así como la de los dispositivos o aparatos en los cuales, o por medio de los cuales, se procesan esas luchas sociales y (re)producciones, incluida la salud como uno de esos aparatos.

Deja de tener sentido referirse a la Salud Bucal Colectiva y a la Salud Colectiva como entidades separadas. De aquí en adelante, no deben ser divididas por la conjunción “y”, pues, como ya hemos visto, no existe entre ellas (como siempre, la conjunción marca una distinción entre términos, tal como observamos al decir, por ejemplo, “situación del mundo y crisis del pensamiento”) el “confronto de alguna noción ideológica general”. En cambio, se buscará construir las especificidades de este “bucal” que se anuncia, explorando las posibilidades dadas por su objeto de trabajo específico, lo cual se abordará más adelante. Ahora, es importante considerar otro problema de la salud colectiva, que es, al mismo tiempo, el de su cientificidad y el de su reproducción.

La salud colectiva como campo de prácticas y locus de reproducción social

Se ha sugerido en las explicaciones precedentes que la *ciencia* o los *paradigmas* en salud están en crisis o se enfrentan al agotamiento de su referencial teórico-metodológico. Los autores mencionados aquí inciden en esta perspectiva, lo que hace necesaria la pregunta: ¿existiría una teoría de la salud colectiva? Y después de esta: si existiera, ¿habría alcanzado el punto de su suficiencia?

A diferencia de la parte “salud bucal”, aún bastante involucrada en las descripciones de su objeto, la salud colectiva ha encontrado ocasión de afirmar una teoría, y esto lo aprendemos —arqueológicamente— con Nunes (1995), Minayo (1992), Campos (2000), Ferreira (1995), Paim & Almeida Filho (2000) y antes y sobre todo

con Donnangelo (1983). Es cierto que estas distintas aproximaciones implican momentos diferenciados en el recorrido de la salud colectiva, pero también es un hecho que forman el corpus teórico del campo, en el cual extensamente las teorías (y las prácticas) parciales buscan inspiración y referencia.

Lo que se debería destacar en esta discusión es determinar si la “crisis del pensamiento” que sacudiría a la salud colectiva no estaría dependiendo de la “crisis de su objeto”, desvelado al mismo tiempo como objeto de conocimiento y de la organización colectiva (social) del cuidado en salud. Si así fuera, si la “crisis del objeto” tuviera precedencia sobre la “crisis del pensamiento”, entonces estaríamos ante un caso de “contaminación” del sujeto por el objeto, una acusación de la que no se libran las ciencias sociales y humanas. Sería interesante, por lo tanto, verificar cómo esta posición se encuentra implicada en esta Teoría de la Salud Colectiva.

Donnangelo (1983), en uno de sus últimos escritos, señaló los puntos teóricos fundamentales que son pertinentes a esta discusión. Estos se refieren al objeto de la salud colectiva (y veremos que, antes que nada, se trata de una dispersión de objetos), a los modos en que se investiga (y en gran medida, cómo se producen conocimientos y saberes en este campo), a la proximidad que la salud colectiva tiene con las ciencias sociales y humanas y, por último, a su atravesamiento por la acción política.

Al inicio del ensayo, la autora afirma que no utilizará definiciones formales para delimitar el campo y, además, sin hacer referencia al “conjunto de prácticas en salud que, en Brasil, en cada momento adquieren especificidad” (p. 19), se abre un nuevo espacio, como ella lo describe. Así, existen las “prácticas sanitarias brasileñas”, y en relación con estas, la salud colectiva ocupa *una posición*.

Solo por esta primera delimitación, la salud colectiva no se presenta como equivalente a “salud pública” (y adquiere mayor significación otra célebre afirmación de Minayo), sino que ocupa un lugar específico. Esta especificidad se expresa como una tendencia a ampliarse y recomponerse en su espacio de intervención, es decir, en su campo de saber y de práctica. Si se amplía y se recompone, se trata de producción y reproducción, lo cual encontrará, sin embargo, otra forma de especificidad. La producción del conocimiento en Salud Colectiva incorpora lo social, ya sea en los estudios epidemiológicos, demográficos o sobre poblaciones, así como en el conocimiento sobre la organización de los servicios. En estos estudios, “lo social ya no aparece como una variable añadida al conjunto de factores causales de la enfermedad”.

No es una variable adicional o externa porque “lo social” aquí aparece como un campo estructurado en el cual la enfermedad adquiere un significado específico (p. 31). Esta posición mereció la atención de Nunes (1995), cuando comentó sobre la enseñanza de las ciencias sociales en la formación médica, señalando que esto desplazaría lo social hacia la periferia de la formación y, además, que desafortunadamente también en la investigación la naturaleza social del ser humano podría ser vista “como una externalidad, es decir, como un añadido a lo biológico” (p. 111).

Samaja (2000), a propósito, nos recuerda que los hechos sociales, sus normas y mecanismos de regulación son tan reales como los hechos biológicos. Insistirá en esta temática para subrayar la existencia de “espacios sociales”, que son en todo

diferentes de los “biológicos”, y lo hace en un momento en que “la literatura médico-social parecía borrar estas diferencias decisivas bajo la etiqueta abstracta de «lo social»” (p. 64).

Sería, entonces, en este campo estructurado en el que la enfermedad adquiere un significado social específico, es decir, por su internalidad, donde la Salud Colectiva encontraría las condiciones de su producción y reproducción. Vista de esta manera, la Salud Colectiva es un producto histórico. Para Laurell & Noriega (1989), también la enfermedad puede ser vista como un producto histórico porque la cuestión del desgaste del cuerpo está íntimamente articulada a la producción y reproducción de los modos de vivir y trabajar (p. 116-117).

Además, Donnangelo (1983) también considera “las prácticas de la Salud Colectiva como parte de la historia política brasileña”, sin negar que “el campo [está] inmediatamente atravesado por distintas posiciones frente a las posibilidades de organización de la vida social” (p. 21).

Ahora, organizar la vida social para que se organicen las formas de vivir y trabajar es una posibilidad que también se presenta como cultura, es decir, de cierta forma, la producción “de redes simbólicas de elaboración y transmisión de experiencias y aprendizaje” (Samaja, 2000, p. 77). O, como dijo Vieira Pinto (1985), conocer es una condición de existencia y, en esta condición, es un producto cultural. No sería por esta especificidad, la de participar en la organización de la vida social, que a la Salud Colectiva se le negaría el estatus de científicidad. Parece que de esta condición padecerían todas las ciencias, ya que escapar de los influjos culturales e históricos es algo que pueden lograr, en mayor o menor medida, solo las ciencias básicas. Es por este mismo motivo que las ciencias básicas son mucho más *mundializadas* que las investigaciones aplicadas: estas últimas encuentran su espacio en las culturas locales o nacionales, mientras que las básicas muestran otra transitividad. Por eso, Donnangelo (1983) pudo afirmar: “esa transparencia del carácter político de la Salud Colectiva no puede siquiera ser ocultada por el recurso al estatuto de científicidad del conocimiento” (p. 21).

La autora continúa afirmando que al convertir lo *colectivo* en objeto, “estas prácticas también se vuelven tributarias de otros campos de saber que no se subordinan al estatuto de científicidad propio de las ciencias naturales” (Donnangelo, 1983).

Si no se subordinan a las ciencias naturales, se subordinarán a las ciencias sociales y humanas, las mismas que Samaja ve como coextensivas de las disciplinas situadas en el ámbito de la salud. Presentado de esta manera, podría parecer que el objeto de estudio de las disciplinas de la salud perdería su especificidad. Pero Samaja pronto nos recuerda que este objeto “comprende los problemas, las representaciones y las estrategias de acción que se presentan en el curso de la reproducción de la vida social”, y que entonces, al volverse estas disciplinas coextensivas a las ciencias humanas (sociología, antropología, derecho, arquitectura, economía, etc.), todas ellas comparten la perspectiva de análisis de lo normal y lo patológico y, además, exacerban el desafío que “en sus rasgos generales consiste en desmedicalizar la salud y agregar todas las otras disciplinas sociales en una perspectiva particular [de la salud]” (Samaja, 2000, p. 72).

Esta desmedicalización de la salud es oportuna, porque deberíamos preguntarnos si la salud colectiva no ha emergido entre nosotros *medicalizada*. Todo lo que entendemos por construcción social, posibilidad de organización de la vida social, inflexiones de la economía política, o de la política simplemente, son objetos de análisis que no son del todo ajenos a la medicina —ni sería necesario que para ello se convirtiera en *social* o *crítica*— pero que no serían objetos propios de la investigación médica *tout court*, esa que tiene su estatuto de científicidad subordinado a las ciencias naturales o biológicas. Esto permite precisar de otra manera la imprecisión que la salud colectiva parece disfrutar como algo propio.

De hecho, estas ciencias sociales del hombre no pueden negar su atravesamiento por la vida. Es precisamente lo que señala Foucault (1985): “En ciencias como la economía o la biología, tan propicias a la polémica, tan permeables a las opciones filosóficas o morales, tan dispuestas en ciertos casos a la utilización política...” (p. 58).

Es precisamente esta ciencia la que perturba, como encontramos en Bourdieu (1983). Si entendemos la perturbación que la sociología provoca como algo común con las demás áreas del mismo campo, podríamos decir que quienes laboran aquí también admiten un capital común de adquisiciones, conceptos, métodos y procedimientos de verificación, y que, frecuentemente, este campo funciona como una disciplina refugio, exigente en cuanto a la científicidad, incipiente y balbuceante como es. Pero si aun así perturba, es porque “revela cosas ocultas y, a veces, reprimidas”. O, como suele decirse, “una de las formas de deshacerse de verdades perturbadoras es decir que no son científicas, lo que equivale a decir que son «políticas»” (p. 16).

De este modo, las ciencias humanas mantienen relaciones de vecindad y parentesco con la biología, la economía, la lingüística, la matemática, la física y la filosofía; y esta relación les garantiza una inestabilidad esencial, que se manifiesta como una tensión permanente entre saberes y poderes (Foucault, 1990, p. 368).

Queda por recordar la cuestión de los objetos que se presentan en este campo. Donnangelo (1983) sostiene que:

...[el] movimiento de recomposición de las prácticas sanitarias [...] proporciona [...] nuevos objetos de investigación en el área de la Salud Colectiva, [resaltando que] las prácticas de investigación no serán uniformes, sino que encuentran [...] en el nuevo espacio abierto [...] condiciones inmediatas de desarrollo. (p. 25)

Aunque estas condiciones le parezcan insuficientes, más adelante, reafirmando que la producción en Salud Colectiva no será uniforme, la autora concluye definiendo que esta producción “se caracteriza por marcadas variaciones temáticas, por el énfasis en distintos objetos y en distintos campos del saber, por variaciones temáticas y metodológicas de análisis, y por diferentes opciones sobre modelos experimentales” (p. 27).

Aun es bastante rudimentario el bosquejo que aquí se hace de esta “Teoría de la Salud Colectiva”, pero considero haber hecho la puntuación suficiente para los propósitos de este capítulo. Los problemas, el diseño de los objetos, las elecciones

temáticas, y los modos de investigar no son los mismos en los diferentes campos del conocimiento. Así, describir objetos en Salud Colectiva es un problema y un ejercicio diferente del que se plantea para la investigación biomédica, médico-quirúrgica o quirúrgico-odontológica, porque la teoría del problema que debe construirse es distinta en cada uno de estos campos de investigación. Aunque esté fuertemente influida por las ciencias humanas, conviene recordar que la Salud Colectiva no se agota en ellas, como afirma Ferreira (1995), y que su atravesamiento por las contradicciones de la vida social la instala, en última instancia, como un *campo crítico en su praxis*. Consecuentemente, un modo específico de articularse con la (re)producción social, solamente posible por medio de su sujeto.

Paim & Almeida Filho (2000) plantean, como cuestión preliminar en el análisis que realizan sobre los efectos del neoliberalismo, la necesidad de considerar “cómo los sujetos que respondieron a la convocatoria para este importante debate ven el campo social de la salud” (p. 54), y además expresan preocupación por el tipo de profesional que actuará en esta nueva realidad, es decir, el trabajador de la salud, su cualificación y el contenido de la misma. Esto es, cómo en él se reproduce (y cómo produce) una teoría social de la salud.

Faltó añadir que en este movimiento es donde se encuentra la posibilidad de entender la tan mencionada “crisis de la salud pública” como ideología, recordando a Žižek (1996), para quien “el procedimiento ideológico por excelencia consiste en reducir la crisis a una ocurrencia externa y, en última instancia, contingente, dejando así de tener en cuenta la lógica inherente del sistema que la generó” (p. 10).

Esto indicaría que la *comprensión* de la crisis —cualquier crisis, objeto, problema o situación— se encuentra fuera de la ciencia. De hecho, la ciencia no es productora de sujetos o, como dice Castoriadis (1997), “la ciencia no descubre científicos, sino cosas” (p. 45). Esto es comentar de otro modo la conocida expresión de Althusser, para quien “todo discurso científico, por definición, es un discurso sin sujeto, pues no existe «sujeto de la ciencia», a menos que se considere en una ideología de la ciencia” (1996, p. 132).

Esto es fácil de comprender si tenemos en cuenta que la ciencia es producto de la razón —el acto de pensar los productos del pensamiento— mientras que la ideología interpela a los sujetos en sus deseos y en sus prácticas, necesitando constantemente justificaciones y racionalizaciones. Aquí también radica la diferencia entre explicar y comprender, entre objetividad y subjetividad.

Samaja (2000) dedicó todo su ensayo a abordar las relaciones entre producción social y salud, y veremos cómo este proceso está imbricado con la ideología. El autor sitúa en un plano primordial la reproducción en los procesos sociales y la localiza en la “reproducción de las relaciones de producción (es decir, del régimen de propiedad existente, de la forma de distribución de los medios productivos)” (p. 72). Ahora bien, dado que la sociedad no está compuesta en su totalidad por la clase de esos propietarios, sino que, por el contrario, los expropiados de esos medios constituyen el mayor contingente, se abre así el conflicto entre las clases sociales.

Žižek (1996) señala que existen numerosas tentativas de concebir el antagonismo social como la coexistencia de dos polos en un entorno neutral, un cierto dogmatismo que pondría lado a lado la ciencia *burguesa* y la ciencia *proletaria* (o al hombre y la mujer).

Sin embargo, estos polos nunca encuentran la posibilidad de convergencia, y resulta que la polaridad se verá rota porque el entorno que los rodea, al no ser neutral, es el lugar de un tercer enunciado y nunca el campo neutral compartido por las dos posiciones antagónicas (sean sexuales o de clase).

Žižek (1996) concluye, de manera suficiente para los propósitos actuales, diciendo:

En lo que respecta a la ciencia, esta, por supuesto, no es neutral, en el sentido de un conocimiento objetivo que no esté afectado por la lucha de clases y que esté a disposición de todas las clases, sino que, por esa misma razón, es única; no existen dos ciencias, y la lucha de clases es precisamente la lucha por esa ciencia única, por quién se la apropiará. (pp. 28-29)

De la salud se podría decir lo mismo, pero el modo en que se articula con la reproducción social necesita ser mejor especificado. Samaja (2000, p. 73) distingue cuatro esferas o dimensiones que abarcan la reproducción de la existencia social, las cuales son: 1) reproducción biológica; 2) reproducción de la autoconciencia; 3) reproducción económica; y 4) reproducción ecológico-política. Estas dimensiones no son independientes; por el contrario, cada una de ellas contiene a las otras, y funcionan recíprocamente como insumos o como su condición de efectivación. Podría parecer que la salud se manifiesta exclusivamente en el proceso de reproducción biológica, ya que en esta dimensión se ubica el polo clínico de la salud y todas sus profilaxis. Sin embargo, estas prácticas están profundamente penetradas por la cultura, la segunda dimensión, y luego podemos ver que la salud también está presente, junto con otros conocimientos y prácticas, en la reproducción del orden económico. Finalmente, las diversas concepciones del proceso salud-enfermedad circulan con familiaridad en el mundo de la política y de las relaciones estatales. Sobre estas múltiples dimensiones, la salud se despliega en sus posibilidades prácticas y deposita en ellas sus discursos de verdad, las disputas y los conflictos que permanentemente sitúan en este territorio a los distintos sujetos implicados, la producción y la reproducción de todo esto, en medio de los impulsos de conservación y transformación de los modos de existir.

Sería difícil de llevar a cabo, por lo tanto, la idea de Paim & Almeida Filho (2000), quienes imaginan más o menos las mismas dimensiones, y para cada una de ellas conciben *servicios de salud* acordes a las necesidades específicas de cada una. No se trata de eso, al parecer. De hecho, la salud solo puede aparecer en este campo como parte de la producción total de la sociedad. Así, su modo de ser no se agota en la forma clínica, sino que, más bien, encuentra en la interfaz con otros dispositivos, con los cuales comparte las nociones de lo normal y lo patológico (Donnangelo, 1983; Samaja, 2000), un cierto destino natural.

Es así como la salud participa, al mismo tiempo, en la reproducción biológica (lo que significa la conservación de la fuerza de trabajo), en las formas de la cultura (porque incesantemente define lo que los hombres son o deberían ser), en las

relaciones de poder y en la confirmación de sus tecnologías, así como en un cierto modo de concebir la vida del hombre en sociedad.

De Humana Bucca

Las primeras referencias a lo que significa bucalidad pueden encontrarse en el prefacio de *Las palabras y las cosas*. En él, Michel Foucault hace emerger una cierta cavidad bucal, un paladar o un *palacio* —una boca, propiamente dicha— un acto de producción y consumo.

Primero, aparece su naturaleza amorosa, lánguidamente considerada como Venus: por ella pasan los besos y las palabras de amor. Pero si ahora besa y habla, si ahora, como dicen Abraham & Torok (1995), se llena de palabras (y morfogenéticamente de dientes), antes estaba simplemente llena de seno, en el goce inescrupuloso del cuerpo del otro, pues, desdentada, es puramente *mammalia*.

Esta boca seductora, sin embargo, no permanecerá todo el tiempo en erótica producción. Pronto revelará otras habilidades. Foucault encontrará *amóbotas* —y aún no sabemos qué son— y otros seres de viscosidad y podredumbre, dirá él, bajo los dientes y la saliva de Eustenes. Aún no ha sido posible encontrar los dientes de Eustenes o, mejor dicho, se encontraron después en Gargantúa y Pantagruel. El hecho, sin embargo, es que antes Foucault había colocado a Eustenes en un acto de masticación: se había alimentado y ya no estaba en ayunas (Foucault, 1990, pp. 7-36).

En esta breve referencia, vislumbramos los trabajos bucales —la masticación, el lenguaje y la erótica— que constituyen su funcionamiento, su fisiología propia y permanentemente encubierta.

Podríamos decir que estos tres trabajos se manifiestan como consumo y producción, en un movimiento incesante que involucra al sujeto en una elaboración constante en la frontera entre la razón y el (deseo) inconsciente. Así, masticar, es decir, aprehender, triturar, insalivar y deglutir, es el consumo del mundo, la acción que pone en relación las estructuras visibles ubicadas en la parte superior del sistema digestivo con las vísceras no visibles situadas más abajo, y todo esto garantiza la supervivencia del hombre en su dimensión biológica, preservando o reponiendo los elementos que constituyen su unidad corpórea.

Aquí también se produce el gusto o la formación del paladar, porque de inmediato, para el hombre, el acto de alimentarse es en todo, una actividad social, es decir, producida como cultura. Recordando a Marx (1973), podríamos decir que:

...la actividad y el goce también son sociales, tanto en su modo de existencia como en su contenido [...] los sentidos se convierten en capaces de goce humano, se convierten en sentidos que se confirman como fuerzas esenciales

humanas [...] La formación de los cinco sentidos es un trabajo de toda la historia universal hasta nuestros días.

De este modo, para Marx, la satisfacción y el goce humanos, el placer que proporcionan los sentidos, ya no están prisioneros de “groseras necesidades prácticas”, ya que estas representan la limitación del sentido. La satisfacción y el goce no pueden reducirse a las “necesidades animales”, porque “para el hombre que muere de hambre no existe la forma humana de la comida [...] y sería imposible decir entonces en qué se distingue esta actividad para alimentarse de la actividad *animal* para alimentarse” (p. 18).

Es, por lo tanto, como cultura que la satisfacción y el goce bucales se encuentran con la razón y la psique: frecuentemente comemos lo que no debemos, o lo que cierta racionalidad recomienda, o más o menos, o, incluso, no de la manera en que deberíamos, de modo que todo esto se ve atravesado por el deseo —en gran medida inconsciente—, lo que pone al sujeto en conflicto consigo mismo y con los demás.

Quizás esto ocurra debido a una peculiaridad de estas vísceras bucales y del placer que ellas proporcionan. A este respecto, Brillat-Savarin (1989) nos recuerda que, a diferencia del goce genital, que siempre requiere un período de descanso entre una descarga y otra, los placeres bucales se repiten incesantemente: basta con lavar la boca o vaciar el estómago en caso de plenitud. Sin reguladores psíquicos, la masticación puede volverse perjudicial para el propio hombre.

Lo que se dice sobre la masticación es significativo para los demás trabajos bucales. Producimos palabras y las consumimos; estamos obligados a pensar en lo que decimos, y no pocas veces decimos lo que no deberíamos o lo que no queríamos decir; además, la palabra exagerada o equivocada puede resultar igualmente perjudicial. De manera similar, en la relación amorosa producimos actos bucales sexuales, una recuperación de la función genital primordial (Aberastury, 1986), el consumo y el deleite con el cuerpo del otro (ahora consentido), y nuevamente surge el conflicto entre razón y emoción (porque, con frecuencia, esta boca hará lo que no debería o no de la manera recomendada, etc.).

Pues bien, estos tres trabajos son, en realidad, tres dimensiones de la vida del hombre en sociedad, y entonces deberíamos hablar de la *producción social de la boca humana*, y ya vemos cuán profundamente está penetrada por la cultura y el psiquismo. Simplemente por este hecho, contiene las inmensas posibilidades de su objeto o, lo que es lo mismo, su fantástica dispersión, la enorme capacidad que tiene de ser permanentemente objeto de representación y, al mismo tiempo, de representar la vida del hombre para sí mismo. Solo por esto, por este deslizamiento, esta boca ya pertenece a las ciencias humanas.

Aquí nos alejamos del terreno de la biología, aunque no es posible ignorar la condición de vecindad, un problema ya suficientemente examinado en lo que respecta al campo general de la salud colectiva. Recordemos: estamos tratando de vísceras —huesos, mucosas, dientes, glándulas, músculos— que, en su delicada solidaridad, garantizan que la boca no aparezca como un órgano o masa tisular homogénea, sino que, más bien, se configure como un *territorio*.

En la forma de las ciencias humanas, permiten la emergencia de nuevos objetos. Un objeto no es unívoco en su materialidad, ni suscita en los sujetos discursos semejantes a partir de una supuesta existencia objetiva y externa que impresione los sentidos. Un objeto es ya un constructo. Como dirá Foucault (1985, p. 73): “Él no espera en el limbo la orden que lo liberará y le permitirá encarnarse en una visible y locuaz objetividad; no preexiste a sí mismo (...) [el objeto] existe en las condiciones positivas de un complejo haz de relaciones”.

Las condiciones para que surja un objeto de discurso, las condiciones históricas para que se pueda decir algo sobre él, para que varias personas puedan decir cosas diferentes sobre él, para que pueda inscribirse en una relación de parentesco con otros objetos —las similitudes, las vecindades, el distanciamiento, la diferencia, la transformación— son numerosas, y lo que se estaría tratando no sería entonces ese horizonte único de objetividad, sino más bien:

...sería el juego de reglas que hacen posible, durante un período determinado, el surgimiento de objetos, recortados por medidas de discriminación y represión, objetos que se diferencian en la práctica cotidiana, en la jurisprudencia, en la casuística religiosa, en el diagnóstico médico, objetos que se manifiestan en descripciones patológicas, objetos que están como cercados por códigos o recetas de medicación, de tratamientos, de cuidados. (Foucault, 1985, p. 53)

Si no fuera así, de bocas y dientes se habrían dicho más o menos las mismas cosas desde siempre, y las disciplinas presentarían versiones más o menos similares sobre bocas y dientes. Sin embargo, no es lo que observamos: en las relaciones, situaciones y contextos, bocas y dientes presentan contornos y significados diferenciados, según se trate de discursos odontológicos, psicoanalíticos, paleoantropológicos, o incluso de la madre que amamanta o, en última instancia, del propio sujeto que experimenta en su cotidianidad las sensaciones que estos *órganos* le proporcionan.

Lugar de enunciados, estas vísceras, en cerrada contigüidad y coalescencia de sus partes, en la materialidad con la que se manifiestan, son también, como diría Machado (1988, p. 168-169), lugar de *función institucional*, con normas, ritmos, modos de ser, prescripciones y disciplinas.

Se trata aquí de objetos y, más que eso, se trata de la formación de objetos en la salud (bucal) colectiva. Pero, en última instancia, se trata de entender las posibilidades de que esta boca, en acto de *bucalidad*, sea vista como una formación discursiva o un territorio arqueológico, de que pueda ser considerada como inclusora de discursos, ya sea en referencia a los clínicos o a los no clínicos de los diversos sujetos, de múltiples objetos y temáticas, de las relaciones que establece con campos inconfundiblemente científicos y, en definitiva, de *que pueda ser vista como una forma de las ciencias humanas*.

Es así como esta bucalidad se desplaza del terreno odontológico y de la carga de la disciplina dental que le es propia, porque la odontología, históricamente articulada como un constructo biológico, solo puede hablar de los dientes (y de la boca) de los seres humanos como naturaleza y, de esta manera, naturalizar (odontologizar)

su enfermedad y los procedimientos que adopta. Esta es su política, o la representación política del ser humano que elabora incesantemente, y por la misma razón, sus discursos sociológicos (o económicos, psicológicos, etc.) nos parecen torpes, al igual que las arbitrariedades y artificialismos que emplea para garantizar la separación de su objeto tanto del cuerpo humano como de la sociedad (Botazzo, 2010; ver Capítulo 2 de este libro).

¿De qué tratan, entonces, estos diferentes discursos? Primero, debemos reconocer que no hay lugar, en el discurso odontológico, para una fisiología bucal, por lo que inmediatamente se destacan los *componentes mecánicos* de su práctica, de los cuales deriva el énfasis en las técnicas y el adiestramiento de las manos.

Han fracasado los intentos de componer una lectura estomatognática de su clínica, y quienes aún insisten en este enfoque no son más que residuos dentro de la profesión. Por ello, una primera tarea de la salud (bucal) colectiva sería recuperar esa fisiología y presentarla en la forma de los *trabajos* que la boca realiza.

Es una transición difícil, sin duda, porque estamos acostumbrados a las teorías odontológicas, lo que implica un enfoque centrado en los dientes. En sí mismo, este centrado no sería un obstáculo epistemológico. Sin embargo, al no haber una fisiología en el lugar, excepto como embriología, la función dental, que no es equivalente a la función bucal, se ve *privada de norma y de normalidad*.

Entendamos este punto. La función, siendo algo que no se ve, pero cuyo efecto se siente, en primer lugar, no expresa una relación causal simple, sino que opera en base a una red causal, lo suficientemente amplia como para contener acciones individuales (la parte) que exhiben la misma propiedad general en el ámbito colectivo (el todo).

Por eso se puede decir que la parte es funcional en relación con el todo y, además, que el concepto de función es inseparable del de organización y morfogénesis. A este nivel, las relaciones de funcionalidad pueden ser vistas como causalidad recíproca, donde las causas y los efectos se configuran como una totalidad relacional en la que la acción de las partes reproduce el todo. Esto es válido tanto si consideramos el órgano en relación con el organismo como si consideramos al individuo en relación con el colectivo de individuos (Samaja, 2000, pp. 26-27).

De este modo, el concepto de función encuentra su par en el concepto de norma, porque si el organismo responde a estímulos o se adapta a ellos, este organismo actúa no solo según regularidades, sino también según condiciones de existencia y la posibilidad de encontrar *normas medias* de ajuste que le permiten ejercer sus funciones. Estas normas medias, cuando no estamos tratando con poblaciones animales —que no pueden, salvo de manera muy limitada, diversificar sus sistemas normativos— son configuraciones culturales, y es en ellas donde emergen los conceptos de lo normal y lo patológico y todas las regulaciones éticas o sociales que actúan sobre los individuos o sujetos humanos, quienes se encuentran más o menos liberados de los influjos *biológicos* o en quienes las regulaciones biológicas están más o menos suprimidas o separadas (Samaja, 2000; Foucault, 1990; Canguilhem, 1995; Fernandes, 1986).

Ahora bien, en la teoría odontológica falta precisamente este concepto de función. La función dental presente en ella no logra abarcar al ser humano en su totalidad. Basada en el órgano dental aislado, encuentra en él suficiente espacio para sostener su etiopatogenia restringida y, a partir de ella, sus nociones sobre el ser humano en sociedad, sus modos de ser, sus conflictos, su relación con su propio cuerpo (y su propia boca). Es en este momento cuando la odontología se revela como biopolítica, con sus reglas de higiene y sus prescripciones pasteurianas (control de la *bucalidad* en el niño, para tener *buenos dientes*).

En este contexto, no es posible pensar en función y norma porque, simplemente, las piezas dentarias pueden ser removidas por completo sin que este drástico evento amenace la existencia del individuo. No hay norma si no hay órgano, porque falta el objeto a través del cual se produce un efecto. Esta es la razón de la desimportancia social y económica de los órganos dentarios naturales. Al ser sustituidos por una dentadura artificial, y al poder garantizar la producción de algún efecto, *esta boca mecanizada convierte, obviamente, la masticación en un acto mecánico y externo al propio ser humano*. Los discursos odontológicos se detienen ante el hombre desdentado (y con él se desvanecen su ciencia política, sus profilaxis y la porción pública de su clínica).

La inseparabilidad de las vísceras de la boca y el concepto de función bucal, junto con los trabajos que realiza en medio de regulaciones éticas y sociales, podrían, por el contrario, representar la posibilidad de que la odontología se reconcilie inicialmente con la clínica (pues función y norma, en el caso de los seres vivos, implican la noción de *medio interno* y la realidad de su comunicación sistémica). Una vez reconciliada con la vertiente biológica sobre la cual se basa la clínica, la odontología podría reconciliarse con la sociedad y consigo misma.

Notas para una conclusión

En una reciente publicación dirigida a un inexistente “agente comunitario de salud oral” (Asociación Brasileña de Odontología, ca. 2003), se describen los procedimientos recomendados en casos de traumatismo bucodental que resulten en la extrusión completa de un diente. Se aconseja que el diente sea recogido y limpiado con gasa y agua del grifo o leche tibia, con el objetivo de preservar la integridad de los ligamentos; si no hay agua o leche disponible, se indica que la cavidad bucal de la víctima es el mejor lugar para dicha preservación. Son medidas simples a ser tomadas en el camino al consultorio de algún dentista, quien, bajo ciertas condiciones, puede lograr reimplantar el diente en su alvéolo. También se aclara que *el accidentado debe ir junto*. De esta simple recomendación es posible deducir: 1) No existe el paciente (o la víctima del trauma), ya que no se menciona nada sobre su estado, si hay laceraciones, hemorragia o fractura, ni si debe ser examinado; 2) El diente extruido se constituye en el verdadero objeto de atención del “agente”; 3) La boca es el lugar adecuado para (trans)portar dientes.

Esta sección es, en sí misma, esclarecedora de los efectos prácticos de la alienación odontológica, la doble separación del hombre y del cuerpo humano que la profesión ha mantenido desde su nacimiento. Otra tecnología se revela igualmente como un dispositivo fantasmagórico: la *odontología intrauterina*. Podríamos pensar en un enfoque quirúrgico del feto, con fines terapéuticos o preventivos, mediante laparoscopia digital u otro método similar. De esta forma, se podría, por ejemplo, intervenir precozmente en las deformaciones labio-palatinas. Pero no se trata de eso. Por el contrario, se trata de inculcar en la gestante la práctica de buenos hábitos bucales, el control de la *bucalidad* de la mujer (cepillado, ingesta de sacarosa, importancia de los dientes...), con lo cual se espera *impresionar* al feto y, consecuentemente, producir en él una especie de *recuerdo biológico* de esta herencia. Si la gestante no come dulces, no formará en el bebé el gusto por el azúcar. Esto es, verdaderamente, la trama semántica de las similitudes, como diría Foucault (1990), la forma de pensamiento que hasta el siglo XVI explicaba el mundo, y tan bien ejemplificada por Humberto Eco (1995). Son cuatro las similitudes: la conveniencia, la emulación, la analogía y la simpatía. Siguiendo este razonamiento, la madre y el bebé serían convenientes, uno es la emulación del otro, se ven en una posición de analogía (semejanza en la relación y parentesco) y, finalmente, madre y bebé están dispuestos en la forma de las simpatías, la más poderosa de las similitudes, donde ningún camino se encuentra predeterminado, pero que es, siempre, un principio de movilidad:

La simpatía es una instancia [...] tan fuerte y tan contumaz que no se contenta con ser una de las formas del semejante; tiene el peligroso poder de *asimilar*, de tornar las cosas idénticas unas a otras, de mezclarlas, de hacerlas desaparecer en su individualidad —de hacerlas, pues—, extrañas a lo que eran. La simpatía transforma. (Eco, 1995, p. 40, cursivas en el original)

Es de este modo que la mujer funcionaría como un *dispositivo simpático* capaz de impresionar al feto y de facultarle, mediante la asimilación, moldear el gusto y conservarlo como *memoria biológica*.

Debemos, de cualquier manera, preguntar: ¿y si, a pesar de no comer, la mujer *piensa en comer dulces*, siente su falta y se entrega al deleite de *dulces devaneos*? ¿No podrían estos actos del pensamiento impresionar el frágil y joven cerebro del feto y *permitirle asimilar el dulce como deseo* mediante la formación de una *memoria psíquica*?

Bastan estos razonamientos para demostrar la improcedencia teórica de esta tecnología, ampliamente practicada en los servicios públicos. La odontología, sin embargo, no se plantea tales cuestiones: más bien, se defiende en su sistema de creencias. Vale, por eso, al retomarla como bio-política, reposicionarla como objeto de conocimiento y someterla al escrutinio de una nueva mirada. Se admite, recordando a Foucault, que:

...si se considera que la enfermedad es, al mismo tiempo, el desorden, la alteridad peligrosa en el cuerpo humano e incluso el núcleo de la vida, pero también un fenómeno de la naturaleza que tiene sus regularidades, sus

semejanzas y sus tipos – se ve qué lugar podría tener una arqueología de la mirada médica. (1990, p. 40)

Que sea una tarea del pensamiento de la salud bucal colectiva producir (o ser el lugar de instauración de) una arqueología de la mirada odontológica: escandir sus técnicas (y el hombre implicado en ellas), superar su concepción del proceso de enfermedad bucal (a través de la observación de las condiciones de existencia), y llegar a aquello que, a un nivel más profundo y estructurado, funda la mirada de los dentistas.

Para ello, y teniendo como ventaja teórica la riqueza de sus determinaciones, la salud bucal colectiva puede expresar la capacidad que tiene, a su vez, de revelar las determinaciones objetivas y subjetivas que rodean al objeto y le permiten formular su problema teórico (Althusser, 1996, p. 110). Los dilemas teórico-prácticos implicados en el Octólogo de Narvai encuentran en este punto su posibilidad de superación. De lo contrario, se mantendría a la salud bucal colectiva en un estado de insuficiencia teórica y, tal como Camargo Jr. comentó sobre el concepto de integridad, se podría decir:

...a pesar de su potencial en la demarcación y encaminamiento de soluciones para problemas relevantes, se vuelven progresivamente inofensivas política y académicamente. Si una expresión dada puede tener casi literalmente cualquier significado, ¿cuál es la utilidad de cualquier acuerdo que de ella se derive? (2003, p. 36)

Las explicaciones precedentes permiten deducir los siguientes puntos, que la investigación en salud bucal colectiva debería considerar. Ellos constituyen las superficies de emergencia de la bucalidad o su condición de posibilidad: la boca humana participa (es parte) de la reproducción social de un modo específico y singular. De hecho, ninguna otra parte de nuestra economía animal está tan presente en la organización y en los eventos y hechos sociales —y en todos los eventos que rodean la vida de un sujeto— como esta. Si sus funciones abarcan tan ampliamente la vida del hombre en sociedad, al mismo tiempo la apartan de esta economía y de las demás vísceras —sus primas— ese *interior* cuyo funcionamiento seguimos: *su autonomía está ligada al sujeto*.

La boca humana es un lugar institucionalizado y lugar de función institucional, tanto como lo es la Salud Colectiva. Cuando Campos (2000) comentó los peligros de esta institucionalización, debería haber dicho antes: es esta *salud colectiva* muerta la que encontramos en muchos sistemas locales, gobiernos estatales, departamentos académicos, etc. Una institución se reproduce y también reproduce a los hombres buenos (palingenesia) que se encargan de ello (Bottazzo, 2000b). La materialidad del proceso salud-enfermedad, recordada por Nunes (1996), indica que la enfermedad y el enfermo son productos históricos. Si la boca participa de la reproducción social, lo hace en medio de prescripciones, ritmos, modos, tiempos; en esto, ella está instituida. Y si trabaja (producción y consumo), debe desgastarse conforme a las solicitudes y las posibilidades (o las condiciones de existencia) del sujeto que está vivo, trabaja y habla. Vista así, esta bucalidad se acomoda cómodamente en una Teoría Social de la

Salud, la misma que Cecilia Donnangelo diseñó de manera insuperable y de la cual hizo aparecer su inestabilidad esencial como modo de existir (pues esa inestabilidad esencial se constituye antes en el objeto, es decir, en el modo de ser del hombre).

Las variaciones temáticas, la elección de objetos, la opción por una u otra técnica son expresiones de una práctica social dotada de politicidad. Esto se evidencia en el discurso odontológico, al mismo tiempo sincrónico y diacrónico. La odontología se alinea con el pensamiento contemporáneo (la episteme de una época o la respuesta a por qué se piensa lo que se puede pensar y de la manera en que se piensa, y no de otra manera), pero no se limita a recurrir al pasado: busca a Pierre Fauchard del inicio del siglo XVIII para ser el *Padre* a finales del siglo XIX, cuando ya no había ventaja teórica en él. En Fauchard, los dientes son causa de perturbaciones en el cuerpo del hombre y el *apodrecimiento* (*caries*) bucal es consecuencia de las prácticas deletéreas del sujeto y del mal uso y maltrato que hace de su propia boca (Fauchard, 1749). La cariología contemporánea es expresión acabada de esta forma de pensar: al mismo tiempo descende hasta las minucias de la biología molecular, pero no rechaza adoptar al sujeto como el primer enemigo de sus propios dientes. Sin duda, las ideas de un *padre fundante* no pueden ser tan fácilmente abandonadas, incluso si hubo un error en esta tan tardía convocatoria. Por eso, en una vertiente, la cariología se presenta como ciencia; en otra, como ideología que busca científicarse. Este movimiento puede registrarse en la producción de conocimiento originada en los Departamentos de Odontología Social: en este lugar el alumno tiene confirmado qué es el paciente y su enfermedad, la “realidad” de las políticas públicas y lo que se puede o no practicar en los servicios de salud, dando concreción (y justificación) al recorte y reducción de la odontología en el SUS.

La boca humana es cuerpo humano. Producción y reproducción son eventos que se realizan en el cuerpo del hombre, por el cuerpo y para el cuerpo. Es aquí donde los fenómenos de la salud y la enfermedad se dan como expresión de la cultura (incluyendo el psiquismo) y se fusionan en los poderosos nexos de los modos de producir la existencia. Soporte de acciones (y de relaciones) sociales, sus instancias sensorias y las de la razón son inseparables. Doble gozo, pues es el gozo que le proporcionan sus mucosas, músculos y glándulas, como Freud mismo habría dicho, y también el gozo de lo pensado, una idea, un razonamiento o un cálculo. Se reviste de cultura y civilización y, en esta, se expresan los controles de su fisiología, es decir, es en el proceso civilizador donde se instauran dispositivos de control de los modos de comer, la disposición en el lecho, el control de los olores, la deposición de sus excretas, la efectivización de su limpieza (Elias, 1990; Douglas, 1989). Para sí, es un valor de uso, pero no solamente. El cuerpo es la (única) propiedad del sujeto, el bien que dispone para efectivizarse en el mercado de intercambios. Su fuerza de trabajo (energía física y psíquica) es la mercancía así dispuesta. Así, el cuerpo para sí es el *valor de uso* corporeificado y disponible socialmente como *valor de cambio*. Tal vez se explique por qué tantas polémicas para resolver si la salud es mercancía, porque es un valor de uso, sin duda, pero no se entiende cuál es el intercambio que proporciona (Campos, 2003). Salud es estar bien y mantenerse con capacidad productiva, dispuesta como posibilidad de acción. La enfermedad, al contrario, limita, restringe,

cercena o dificulta la realización de esta capacidad. Así, el cuerpo enfermo es una *mercancía defectuosa*, con escaso o ningún valor (aunque el sujeto se conforme con su estado, los compradores de tal mercancía solo se movilizan por decreto). ¿Qué esperan los usuarios de los servicios de salud? Esperan recuperar esa capacidad, es decir, *incrementar valor* a su propio cuerpo, *capitalizarse*. Es en este doble entendimiento, de estar ligado al proceso civilizador y al mercado, que el cuerpo aparece en la clínica, bocas incluidas, y no debería sorprender que así sea.

Es en esas superficies e interfaces donde una clínica ampliada, la de acogimiento y desvío (Souza, 2011), puede ubicarse y tener su posibilidad de efectivización.

Capítulo 9

Bucalidad

En este trabajo se presenta el concepto de bucalidad y las posibilidades prácticas que ofrece en cuanto a la promoción de la salud y la realización de actividades clínicas¹. Para la explicación del concepto de bucalidad, se expone el recorrido de la formación social de la boca humana, constituida por la cultura y por el psiquismo. La boca humana es cuerpo, biológicamente hablando, pero también es la boca atravesada por las producciones culturales y por los impulsos que rigen la vida de un sujeto. Se establece la correlación o el paralelismo entre bucalidad y la formación social del dentista. A continuación, se abordan aspectos relacionados con la promoción de la salud, la educación y la prevención en salud bucal. El texto finaliza con las posibilidades prácticas para la realización de la clínica ampliada de salud bucal, con la presentación de los resultados de una investigación-intervención en odontostomatología llevada a cabo en una unidad de salud.

Entre todos los órganos y regiones del cuerpo humano, la boca es seguramente la más distinguida y la que realiza más actividades sociales o por medio de la cual un sinnúmero de actividades o acciones sociales son realizadas. Además, la boca humana juega un papel singular en la formación del psiquismo (o de la subjetividad), así como de la identidad del individuo y viene a ser parte relevante de las estructuras corporales ligadas al deseo. (Aberastury, 1984, 1986; Laplanche & Pontalis, 1991) Es posible admitir que las disposiciones genéticas acarreadas en el proceso evolutivo no solo han dotado a la especie humana de órganos bucales altamente especializados, sino que dichos órganos se han vuelto fisiológicamente aptos para la realización de determinados trabajos en un largo proceso de formación y maduración que se inicia desde el nacimiento y, aunque se encuentra suficientemente desarrollado al final de la adolescencia, encontrará a lo largo de la vida ocasión de nuevas adaptaciones y de nuevas posibilidades de disfrute y deleite. También de sufrimientos y pérdidas, sin duda, pero de eso se hablará en otro momento. Tal desarrollo, por sus características y acompañando el desarrollo del cuerpo en su totalidad, se encuentra indeleblemente ligado a los procesos sociales en los cuales un individuo se inserta (Wrangham, 2010). Si el cuerpo es socialmente formado, con igual razón podemos hablar de formación social de la boca humana.

De hecho, salvo por la capacidad de succión con la cual los bebés mamíferos están estructuralmente dotados —por lo tanto innata— y que les garantiza la supervivencia

¹ Publicado por primera vez en *Pro-Odonto Prevenção* (Botazzo, 2013c)

de una forma específica en la escala evolutiva, de ahí en adelante todas las manifestaciones bucales del mamífero humano llevarán la marca de lo social, ya sea en relación a la alimentación, la comunicación, la afectividad, la relación amorosa y tantas otras cosas que los hombres (y mujeres, niños o adultos y ancianos) hacen teniendo la cavidad bucal como soporte. Esto significa a un mismo tiempo la *calidad de ciertas relaciones sociales* en las cuales la boca interviene o se convierte en el dispositivo apropiado y la pertenencia al campo del psiquismo y la cultura, vastamente el mundo de la subjetividad y de la subjetivación de la vida genérica de hombres y mujeres vivos en la producción de la propia existencia. Dicho de otra manera, desde el punto de vista biológico, por más que haya similitud en los órganos de la boca de todos los mamíferos —lengua, dientes, glándulas salivales, mucosas y todas las demás estructuras— ni de lejos podemos considerar que la función bucal de los animales y la de la especie humana sean equivalentes.

La comprensión de estos aspectos puede ser expresada mediante el concepto de bucalidad. Bucalidad se ha entendido como la capacidad de la boca para ser boca, es decir, para ejercer sin limitación o deficiencia las funciones para las cuales anatómicamente está apta. Estas funciones o trabajos han sido descritos como la masticación, la erótica y el lenguaje (Botazzo, 2010; capítulos 8 y 15 de este libro). Este concepto será desarrollado en este capítulo; a través de él es posible tener otra perspectiva para la salud bucal y también discutir sus implicaciones para la práctica cotidiana de los dentistas, ya sea en el servicio público o en el consultorio particular.

Así, este capítulo tiene por objetivos conducir al lector en la comprensión de numerosos aspectos de la salud bucal colectiva, destacando los siguientes tópicos:

- a) Comprender el concepto de bucalidad con énfasis en la formación social de la boca humana;
- b) Explorar las posibilidades de la bucalidad para la promoción de la salud, la prevención de enfermedades bucales y la educación en salud;
- c) Explorar las posibilidades para la práctica clínica en la producción del cuidado en salud bucal;
- d) Percibir el componente subjetivo en la relación del paciente con el profesional, uno con el otro y ambos consigo mismos.

La formación social de la boca humana (y la formación de los dentistas)

Una pregunta se hace necesaria: ¿qué tiene esto que ver con odontología? Esta pregunta cabe perfectamente. En la medida en que este texto está destinado a cirujanos-dentistas en un proceso continuo de educación (y aunque pueda interesar a otros profesionales de salud, es a los cirujanos-dentistas a quienes va dirigido), debe

dedicarse a temas de salud bucal y otros de interés político-público sin duda, pero también interesando a la clínica y a la práctica de los dentistas, tal pregunta debe ser respondida. Fue hecha durante una clase donde discutía temas de antropología y sociología de la salud en el primer año de la licenciatura y una alumna preguntó: *“profesor, el tema de la clase es interesante, pero ¿qué tiene que ver con el curso que hacemos?, ¿qué tiene que ver con odontología?”* Pensé que era una buena pregunta. El profesor puede juzgar importante desarrollar determinada materia, pero ¿y los alumnos?, ¿qué piensan ellos? El punto de partida es tener claro que si los estudios socio-antropológicos son tremendamente importantes para la formación de un profesional de salud, los estudiantes de odontología (y de medicina o de enfermería, es lo mismo) no son estudiantes de sociología, antropología o psicología. Así, estas disciplinas son potencialmente proveedoras de referencias necesarias para comprender la enfermedad (y la salud) del hombre en sociedad y, por ello mismo, deben proporcionar las claves conceptuales para la comprensión ampliada del proceso salud-enfermedad; sin embargo, para ello no es necesario un curso completo de ciencias sociales. Para el estudiante de odontología, deben ayudar a comprender bocas y dientes desde otro referencial teórico, con otra mirada. Del mismo modo, este referencial y esta nueva mirada (digamos así) denominada bucalidad, solo será realmente importante si tiene interés práctico para el cirujano-dentista.

Tiempo atrás visité un centro de investigación en el extranjero y el colega que me recibió comentó: *“Sabe, hasta leer sus trabajos, pensaba que la boca era solo boca y que los dientes eran solo dientes, servían para masticar y debían ser obturados o arrancados, pero nunca pensé en las cosas que usted escribe sobre la boca, itodo es muy claro, casi obvio, pero nunca había pensado en ello!”* Entonces creo que este es un buen comienzo, ver y decir otras cosas de dientes y bocas. La educación odontológica enfatiza la enseñanza en el laboratorio y en el banco, y el dominio técnico de los pasos necesarios para una buena restauración o prótesis o un procedimiento quirúrgico es fundamental para el ejercicio de la profesión. Sería inconcebible un dentista que no tuviera una mano “adiestrada”. Yo también lo creo fundamental. En otra ocasión, escribí que sería un verdadero desastre si un ortopedista no tuviera competencia técnica y nos dejara con las piernas torcidas en el intento de corregir una fractura (Capítulo 10 de este libro). También los cirujanos necesitan destreza, es decir, ser diestros, lo que no significa necesariamente actuar con la mano derecha, sino tener *buena mano*. Todo cirujano, todo ortopedista, todo dentista debe no solo ser un profesional, sino ser un buen profesional, *saber hacer y hacer bien su trabajo*. Por eso, la crítica correcta no debe dirigirse a la competencia técnica del dentista, como mucha gente acaba entendiendo. La verdadera crítica debe hacerse a las concepciones odontológicas o a las teorías odontológicas sobre el enfermar bucal. O lo que viene a ser lo mismo, a la odontología como política. Entendamos este punto.

Todos los dentistas (en realidad, todos nosotros) se forman de manera más o menos similar. El currículo odontológico básico, aún vigente en su diseño de origen, fue definido alrededor de 1900 en el 3° Congreso de la Federación Dentaria Internacional. Con él, la educación odontológica se centraba en las operaciones sobre los dientes de modo exclusivo y tenía en el componente protético la base para la

formación del profesional (“esta especialidad se basa sobre todo y antes que nada en la habilidad manual, la destreza”) (Godon, 1901). No por casualidad, algunos autores denominaron esta preferencia o inclinación como *bridgeworkism*, una expresión en inglés que puede traducirse como *protesismo* (Cruet, 1902; Contenau, 1902). Claro, no se puede entender que este modelo de práctica fuera solo una cuestión de preferencia o inclinación de los dentistas de la época. En realidad, se estructuró como modelo de práctica para la nueva profesión, teniendo como soporte teórico y político tres aspectos o afirmaciones básicos: a) no había patologías dentarias, solo lesiones; b) los dentistas manipulaban sustancias y fármacos en pequeñas dosis y, por lo tanto, la práctica no ofrecía peligro a la salud de las personas; c) los dentistas operaban *sobre los dientes* dentro de límites gingivales, extrayendo, obturando y colocando prótesis, y por este motivo no había necesidad de hacer el curso médico o estudiar materias médicas. Parte de los conceptos clínicos vigentes, contruidos a lo largo del siglo XIX y en conformidad con el avance en fisiología y patología experimental, embriología y anatomía, fueron abandonados y se convirtió en corriente afirmar que bastaba al dentista tener *nociones* de anatomía, fisiología y patología, pero en realidad era el trabajo de banco, la realización de la operatoria dentaria y la confección de prótesis lo que interesaba en el proceso de formación odontológica. Estos aspectos funcionaban como elementos estructurantes para la generación de la identidad profesional o el modo como subjetivamente los dentistas se entienden como dentistas o son entendidos como dentistas. Dicho de otro modo, es así como desde entonces la sociedad pasó a representar a un dentista y, a un mismo tiempo, también los dentistas se entienden o se representan en esta condición. La manifestación práctica que es la condición de posibilidad para la generación de esta identidad se da por algunas disciplinas y modos de proceder durante la licenciatura y ya en los primeros semestres. Hasta el día de hoy, en todas las escuelas se realiza la escultura dental, que en realidad es una disciplina; durante décadas (o casi un siglo), todos los estudiantes de todas las escuelas, en cualquier lugar de Brasil (por no hablar de otros países), hacían la adaptación del pistilo al grado mediante un preparado con carburo y pasaban semanas arriba y abajo friccionando uno con el otro para lograr la adaptación más perfecta posible del pistilo al fondo del grado; aprendimos a plastificar godiva (hasta el límite de 60° C sin quemar los dedos), a manipular cera rosa, a hacer el *desgaste de Paterson* y la montura de dientes en el plano de cera, el cocimiento de la mufla, la inclusión en anillos de fundición. En conjunto, tales procedimientos son estructurantes y forman la *mentalidad* del estudiante, y tal mentalidad ya es la del futuro dentista. Necesita ser observado que, en conjunto, tales contenidos son parte central en la formación del técnico de prótesis dental y, sin embargo, el estudiante de odontología al finalizar los estudios prácticos en general no tendría habilidad y competencia para constituirse como TPD. Así, menos que producir un técnico, este proceso es en realidad un instituyente. Este proceso puede ser llamado *odontologización o dentalización del estudiante*.

Es necesario recordar que durante décadas la enseñanza y la práctica odontológicas eran bastante empíricas y tenían muy poca base científica. Incluso la prótesis dental, el gran ícono de la odontología de esta y de todas las épocas, era

confeccionada sin grandes referencias a la articulación temporomandibular y a los principios de la oclusión. La confección de dentaduras en bases más racionales solo se vulgarizó después de la década de 1940 (las contribuciones de Paterson remontan a las décadas de 1920 y 1930 (Cunha *et al.*, 2000) y esto sin hablar de especialidades como la patología bucal, introducida por la American Dental Association solo en 1948. Esto no significaba que no hubiera preocupación por el estudio de la patología, lo cual sería absurdo. Pero el significado de este reconocimiento tardío viene a indicar que la patología bucal no era central en la educación odontológica, como si no existieran enfermedades bucales. Significa aun que quienes estudiaban enfermedades de la boca y de los dientes lo hacían de manera asistemática y sin ninguna garantía de que sus conocimientos pudieran auxiliar en la formación y en la práctica, y así beneficiar a personas enfermas. Como dijeron importantes patólogos bucales:

...nuestro conocimiento en esta área era limitado y fragmentario, con lagunas increíbles. El conocimiento que poseíamos se debía principalmente a la determinación de unos pocos pioneros, muchas veces trabajando solitariamente, que intentaban reunir nuestro escaso saber en algo parecido a la organización científica. (Shafer *et al.*, 1985)

Aun cuando otras disciplinas y otros conocimientos han sido incorporados a la educación odontológica y en conjunto hoy en Brasil la práctica recubre cómodamente el complejo estomatognático, el hecho es que la práctica corriente continúa expresándose dentro de los límites gingivo-dentarios en procedimientos quirúrgico-reparadores limitados a la operación sobre los dientes. Es de este modo que de una educación odonto-centrada deriva una práctica fuertemente dentaria. En este caso, los dientes acaban aprehendidos fuera de su contexto, fuera de la boca y fuera de la vida de los hombres.

Concluyendo y como está dicho en otro lugar:

En la teoría odontológica no existe la concepción biológica de individuo, es decir, un individuo-cuerpo o un sujeto-cuerpo; el diente ocupa lugar central para la fundamentación de la práctica, él es el “individuo” de la odontología, el “cuerpo” que fue disecado, diafanizado y abierto para comprender el proceso mórbido que allí se instala. A tal punto esta concepción dentaria de “individuo” está presente que el diente es también denominado *elemento* –un “elemento dentario”– y entonces se puede decir: el cliente perdió tantos *elementos dentarios* o el *elemento estaba muy cariado*. El diente aislado es concebido como signo de la profesión, el representante, un significante. Está presente en todas las tarjetas de visita, placas de consultorios e ilustraciones de publicaciones, pero antes fue entronizado en la mente del estudiante al inicio de los estudios odontológicos, cientifizado como una disciplina y practicado mediante su escultura como la producción de un tótem –un *ex-voto*– en cera. (Botazzo, 2013)

Estos hechos de la educación pueden explicar los motivos por los cuales los discursos odontológicos están en general desligados de la realidad social y también por

qué la profesión odontológica (las asociaciones y los consejos de la categoría) rara vez se ocupan de cuestiones sociales o políticas sociales. Es como si la odontología no pudiera hablar de otra cosa que no fuera su objeto y aun así de modo restringido, la *lingua dentaria* teniendo solo competencia para expresarse por la vertiente técnico-biológica. (Lo cual no deja de ser sorprendente ya que el objeto de la odontología está dotado de esta capacidad de hablar, una habilidad humana por excelencia.) Sin embargo, hay más cosas articuladas a esta realidad. Si una de ellas, como vimos arriba, se refiere a la concepción de individuo biológico (aún no se habla de sujeto social), la otra se refiere a la cuestión de la *norma* y de la *normalidad*.

Todo ser vivo está dotado de normas medias de funcionamiento. En el plano conceptual, norma puede ser entendida como la *regla* que dirige u orienta cualquier trabajo o actividad. Regla viene del latín regula y significa norma, ley y también modelo. En la vida social, todos nuestros comportamientos (morales y otros) se establecen con base en reglas o normas. Por eso es común evaluar lo que los otros hacen y podemos hablar de comportamiento normal o anormal y se espera que sepamos separar lo correcto de lo incorrecto. Sin embargo, desde un punto de vista ético (y político), sabemos que no es tan fácil afirmar si un comportamiento es normal o anormal, recordando que estas cuestiones tocan inmediatamente el problema de la libertad. Si en algunos casos, según las circunstancias, no tenemos duda, por otro lado, muchas veces nos vemos obligados a preguntarnos sobre la naturaleza de determinado evento. Más aún, nos preguntamos sobre lo que eso viene a significar. En el caso de la vida social, por lo tanto, a pesar de ser constituidos a partir de normas, los comportamientos tanto como los hechos deben ser interpretados. Sin eso, no serían comprensibles y la vida social, la vida social humana —que es la sociedad— se daría por entre imprecisiones amenazadoras. Del mismo modo, en biología se aplica el concepto de norma. Todo el funcionamiento biológico de seres enteros o de sus partes, todo ese funcionamiento se efectúa mediante normas y todo ser vivo encuentra normas medias de funcionamiento que entonces le permiten sobrevivir y reproducirse, es decir, realizar una función o funciones (Canguilhem, 1995). Sin que existieran esas normas y sin que el ser vivo encontrara su condición media de funcionamiento a pesar de las fluctuaciones del medio, también en biología se puede hablar de imprecisiones amenazadoras para la integridad del individuo (Czeresnia, 2012). De donde norma y normalidad están ligadas al concepto de función. Esta, a su vez, es algo que no vemos, pero cuyos efectos sentimos, se trate de nuestro estómago o de la economía. Debemos notar que tales conceptos son políticos y, por lo tanto, variables en el tiempo y según la cultura, aunque desde el surgimiento de la medicina científica occidental en el siglo XIX encuentren en el laboratorio la referencia objetiva que hace que aparezcan como neutros, una cosa dada, un hecho exterior que se impone a todos nosotros. Es fácil percibir así que norma y normalidad son conceptos que se extienden a variados campos del conocimiento y de la experiencia humana. Están en la sociología, en la economía, en la psicología.

Es de este modo que el concepto de función encuentra en el concepto de norma su par, porque si un organismo responde a estímulos o se adapta a ellos, este organismo actúa no solo según regularidades, sino según condiciones de existencia y la

posibilidad de encontrar *normas medias* de ajuste que le permiten ejercer sus funciones. Estas normas medias, si no se trata de animales —que no pueden, salvo de manera muy limitada, diversificar sus sistemas normativos— son configuraciones culturales, y en ellas emergen los conceptos de normal y patológico y todas las regulaciones éticas o sociales que actúan sobre los individuos o sujetos humanos, los cuales se encuentran más o menos liberados de los influjos *biológicos* o en los cuales las regulaciones biológicas están más o menos suprimidas o separadas.

Ahora comienzan nuestros problemas. Las teorías odontológicas que definen la profesión son odonto-centradas, los dientes son considerados los “individuos” de la odontología y no hay el hombre en la odontología *salvo en la condición de ser portador de dientes* (Capítulo 8 de este libro). Debemos entonces preguntarnos: ¿habría normalidad dentaria? ¿Cuáles son las normas medias de funcionamiento dentario? ¿Cuál es la función que realiza un diente? ¿Cuáles serían los trabajos dentarios? Sabemos que un diente solo es funcional si hay un antagonista; aun cuando pueda haber una decena de dientes en la cavidad bucal, si no hay antagonista, la función masticatoria no se realizará (para hablar solo de una de las funciones bucales). Los dientes aislados no significan nada. Desde un punto de vista estrictamente fisiológico, los tejidos dentarios no presentan ningún nivel de intercambio metabólico, salvo la pulpa dentaria y salvo cuando aún se trata del germen dentario completo. Pero el hecho es que los dientes solo pueden ser entendidos por referencia a la boca, es decir, al sujeto y a su corporalidad en su totalidad.

En este caso, es forzoso salir de las concepciones estrechas, pues la función dentaria solo puede ser función bucal. Y esto solo es posible si entendemos que la cavidad bucal no es un órgano o masa tisular homogénea, sino que está formada por músculos, glándulas, mucosas, más dientes y huesos (Sicher & Dubrul, 1977); todas esas vísceras, esos órganos de la boca en estrecha solidaridad anatómica, vienen a formar una región o territorio. Son estructuras anatómicas coalescentes, una inseparable de la otra, que funcionan en sinergia en la producción de sus trabajos. Ya sea masticando cosas, ya sea hablando, ya sea en la relación amorosa, siempre es la boca por completo la que entra en funcionamiento. Hay órganos y hay función en ellos; hay una fisiología bucal y tiene sentido entonces pensar en norma y normalidad bucales.

Pero ahora esa fisiología bucal no puede ser simplemente al modo de la biología, quiero decir, al modo de ser de los animales. No podemos andar babeando por ahí ni lamiendo cualquier objeto o superficie; aprendemos a no morder cualquier cosa y jamás morder a alguien de manera agresiva (salvo como defensa extrema); aprendemos a no decir palabras duras sin necesidad (ni a gruñir o gritar) y evitamos en público manifestaciones amorosas con connotación sexual explícita (incluso los besos de cordialidad se dan en partes visibles del cuerpo y varían según el sexo, la edad y la posición social). Por eso tiene sentido pensar que la *fisiología bucal humana* o los trabajos que realiza la boca humana, soporte de acciones sociales, esa *fisiología* se apartó en el proceso de constitución del humano del suelo biológico y como parte de esta hominización (la construcción del hombre en el proceso socio-evolutivo), la fisiología bucal humana vino a ser vastamente regulada por la cultura, modelada por la subjetividad y determinada su experiencia en las condiciones sociales de existencia.

Ahora es posible percibir que la fisiología del lugar necesitará sufrir cierta represión, deberá ser controlado el deseo y funcionará según normas y convenciones sociales, y esto desde la más temprana infancia. (Kovaleski *et al.*, 2006; Capítulo 7 de este libro)

Es con base en esta perspectiva que podemos pensar en norma bucal o que se puede especular sobre la normalidad de la boca. De inmediato, esta perspectiva permite incluir también hasta el modo cómo cuidamos de ella y el contexto en el que vamos a necesitar del cuidado del dentista. De inmediato, esta perspectiva permite incluir incluso la manera en que la cuidamos y el contexto en el que necesitaremos la atención del dentista.

Parece bastante comprensible a partir de ahora entender los motivos por los cuales una concepción social de la boca humana (social, psíquica, cultural) tardó tanto tiempo en desarrollarse, incluso sabiendo que ya estaban presentes en otros campos del conocimiento. Del mismo modo, ahora, ¿qué tiene que ver esta historia de la *formación social de la boca humana* con la salud bucal? Es que los dentistas en su actividad práctica se enfrentan todos los días con los contenidos de esta bucalidad. Son los tratamientos insatisfactorios, los diagnósticos mal realizados, los temores o las exigencias del paciente que no encuentran apaciguamiento con nuestro plan de tratamiento o nuestra intervención; es el lugar aún limitado que la salud bucal ocupa en los servicios públicos de salud y el modo en que a veces los cirujanos-dentistas son interpretados por los colegas de la salud; o aun el trabajo incesante de educación y los intentos de lograr del paciente prácticas bucales menos perjudiciales (en general relacionadas con la limpieza de la boca y el consumo de productos con sacarosa, no es toda la experiencia bucal del sujeto la que interesa a la odontología). Veamos a continuación cómo estos enfoques pueden ayudar al profesional en dos vertientes constitutivas del trabajo en salud bucal: la promoción de la salud y la práctica clínica.

Promoción de la salud para la prevención de enfermedades bucales y para la educación en salud

No es raro encontrar en la literatura científica referencias sobre promoción de la salud bucal. Entre cientos de títulos acerca de la promoción de la salud, encontramos en las bases de datos un cierto número de artículos que abordan la promoción de la salud bucal: promoción de la salud bucal para niños y gestantes, adolescentes y eventualmente ancianos. (Frazão, 1998a, 1998b; Reis *et al.*, 2010; Frazão & Marques, 2006) Aún más, la idea de promoción viene siempre unida a la perspectiva de la educación en salud y no rara vez la promoción se confunde con la idea de prevención (Traverso-Yépes, 2007). Así, en la literatura encontramos un cierto número de trabajos que acaban por hacer equivalentes o semejantes tres categorías o conceptos completamente distintos. Evidentemente, educación y prevención son prácticas sociales que de una manera u otra tocan la promoción de la salud, pero no son la promoción en su totalidad ni puede la promoción reducirse a esos dos determinantes (o *factores*,

como frecuentemente encontramos). Así es que, para muchos, estos tres términos o categorías aparecen en línea de horizontalidad. Cabe entonces una pregunta: ¿es posible hablar de promoción de la salud bucal? Después de las explicaciones dadas sobre bucalidad (o la formación social de la boca humana), ¿podemos considerar posible por separado la promoción de la salud bucal? La respuesta es negativa.

Por otro lado, la educación es un proceso social amplio y no solo escolaridad. A través de la educación se forma el *ser* social, es decir, la educación es la condición básica para que el niño internalice o asuma su condición social humana, aprenda reglas de convivencia, se preocupe por los demás, reconozca y utilice productos culturales (incluyendo idioma, religión, ciencia y arte), tenga y forme prácticas socialmente aceptables tanto en lo que respecta al cuidado del propio cuerpo (limpieza, higiene y alimentación) como en lo que respecta al trabajo como necesidad social, que es la forma que asume la *cooperación* entre los miembros de una sociedad dada cualquiera (Durkheim, 1978; Fernandes, 1986). La prevención, por otro lado, se refiere a las formas específicas de proteger al individuo, y a la sociedad, de daños conocidos. No de todos, claro, no sería posible prevenir todos los eventos desagradables o indeseables en nuestra vida. Es bastante utilizado para enfermedades infecciosas, sobre todo las transmisibles, y se volvió común como control de epidemias y endemias e incluso erradicación de ciertas enfermedades transmisibles, como es el caso de la viruela y, más recientemente entre nosotros, de la poliomielitis. Más adelante examinaremos qué puede ser la educación en salud o educación para la salud; y también el alcance de las medidas preventivas.

Es probable que parte de esta confusión resulte de no considerar adecuadamente que el proceso salud-enfermedad debe tomarse por referencia a dos dimensiones: por un lado, el concepto de determinación social; y por otro, el concepto de causa. La determinación son los factores más generales o, como se ha vuelto común decir en los últimos tiempos, los determinantes sociales del proceso salud-enfermedad (DSS); se consideran en este caso: ingresos, educación, vivienda, transporte, ciudades saludables, equidad, justicia, paz, democracia, libertad, relaciones de poder y relaciones de trabajo no deletéreas, acceso a la información, participación en los asuntos políticos y capacidad de decidir, acceso a los bienes culturales y a la riqueza socialmente producida, oportunidades para realizar el potencial de vida (Terris, 1992; Stotz *et al.*, 2004; Buss *et al.*, 2009; Buss, 2000; Marcondes, 2004; Carvalho *et al.*, 2008; Carvalho, 2004; Ferreira & Castiel, 2009; OPAS/OMS, 1986). Son estos determinantes los que indican cuán saludable será un grupo, una comunidad o una sociedad, y sus miembros más o menos sanos. Tales determinantes influyen en el perfil de morbi-mortalidad de cualquier sociedad en cualquier tiempo. Cuando se habla de causa, sin embargo, lo que entra en escena son los determinantes de tipo biológico o *proximales*. Evidentemente, tales determinantes no pueden verse de forma aislada, pues en última instancia también ellos están socialmente determinados. No obstante, nos acostumbramos a la idea de que funcionan como causa directa, y así sucede con las enfermedades transmisibles, por ejemplo. Aquí la referencia no es la sociedad, sino el individuo, y un pequeño número de factores o causas están implicados (lo que se denomina etiología): genética, capacidad de resistencia a estresores, sensibilidad

inespecífica a alérgenos y agresores físico-químicos y oportunidad de contacto con agentes infecciosos. Incluso en este caso, se sabe que no todas las personas que entran en contacto con agentes infecciosos (por ejemplo, *Mycobacterium tuberculosis*) desarrollarán la forma activa de la enfermedad.

En la mayoría de los casos, incluso entre aquellos que admiten la determinación social, nos limitamos a considerar estos dos polos, el social y el biológico. Sin embargo, debemos considerar también los determinantes psicológicos, lo que significa comprender los modos en que la sociedad produce bienestar o malestar *subjetivo* en un entrecruzamiento sutil (a veces no tanto) entre aparato psíquico y existencia social. La subjetividad está constituida por la esfera de las representaciones de las cosas internalizadas, de las ideas y de las idealizaciones, de las fantasías, de los sueños, de las percepciones, de los deseos, anhelos, angustias; miedos, traumas y fobias, pero también la voluntad de hacer, las pulsiones investidas como capacidad de realizar o extensamente lo que se denomina *idealizaciones operativas* (pensamiento). Subjetivar es construir/reconstruir el objeto, es pensar la cosa, es la planificación que precede a la acción (por eso se dice que incluso el arquitecto más mediocre se distingue de la abeja *porque construye la casa primero en el pensamiento*), en un proceso y flujo continuos. Mientras está vivo, el ser humano subjetiva permanentemente (es lo que estamos haciendo en *este momento* en la escritura/lectura de este texto). Pues, como dice Jurandir Freire Costa, “lo *interior* no es un espacio o continente imaginario, poblado por procesos mentales privados e inverificables mediante la observación empírica”. Por el contrario, lo interior (e interioridad) “es un fenómeno público relacional, fundado en la corporeidad física y sobre el cual podemos hacer afirmaciones empíricas”; se trata de considerar “los predicados mentales denominados ‘interiores’ como la descripción [...] de actividades «exteriores»... *Interior y exterior son dos formas fenoménicas de la misma relación concreta y material del self con su mundo*” (Costa, 2007).

No es difícil *percibir* cuánto de esa actividad de subjetivación está en relación de interdependencia con la vida social y a un mismo tiempo con la constitución biológica del individuo. Hay diferencias considerables entre *individuos* cuyas experiencias de socialización en la infancia —apoyo, afecto, cuidado— fueron exitosas y aquellos que experimentaron frustraciones, desamparo o abandono. Del mismo modo, individuos marcados por limitaciones biológicas, genéticas o no —síndromes, deficiencias y situaciones fisiológicas del tipo *híper* o *hipo*— construirán sus relaciones sociales (sociabilidad) de manera específica y serán percibidos por los demás también de manera específica. Evidentemente, en todos estos casos, la esfera de la subjetividad del sujeto estará marcada por estas experiencias de limitación, que es la realidad de su propio cuerpo. Por eso es posible afirmar que la vida humana se da por entre vínculos y lazos, o como expresión de lo que puede denominarse “nexo bio-psíquico-social humano” (Laurell & Noriega, 1989). Es decir, estas tres esferas formarían una estructura única, presentando tres interfaces que poderosamente se tocan, se comunican, se influyen y se interdeterminan, como si la vida formara una totalidad. Para explicar el desgaste —aunque se suponga que existe un reloj genético— lo relevante es estudiar cómo los procesos biopsíquicos se

van constituyendo y transformando como resultado de las condiciones contra, y por medio de, las cuales se (re)producen los grupos sociales: "...asumen particular importancia, entonces, las normas de 'andar la vida' o las formas, diversas y cambiantes, que asume el nexo biopsíquico humano, porque [tales normas] expresan el conjunto de las capacidades vitales del organismo" (Laurell & Noriega, 1989).

Así, el concepto de desgaste es fundamental para comprender el proceso del enfermar (o la relación dinámica y contradictoria entre la posición polar salud-enfermedad) y se aplica perfectamente a los dientes y a la cavidad bucal en su conjunto. Desde esta perspectiva, el concepto de desgaste debe entenderse como la pérdida de capacidades funcionales efectivas y/o potenciales biopsíquicas. Los dientes, por ejemplo, *se desgastan* en el proceso de la vida, y esto incluye los tejidos de soporte (encías, ligamentos y hueso alveolar), así como todos los eventos que involucran otras estructuras de la cavidad bucal, incluyendo enfermedades crónicas y degenerativas locales o sistémicas con manifestaciones bucales; debe igualmente, como ya se ha afirmado, estar en referencia con los servicios y la calidad de la atención odontológica a la que los individuos tienen acceso o se someten.

Ahora, pensar en la promoción de la salud desde esta perspectiva es en todo diferente de cuando la pensamos solo en los marcos de la biología o, lo que sería aún peor, si solo nos atenemos a los *comportamientos* de los individuos. Tales comportamientos o modos de vivir la vida no son los comportamientos reales o efectivos del sujeto, sino, antes que nada, son los modos en que los profesionales de la salud — médicos, dentistas, enfermeros, auxiliares— y también de cierto modo las políticas *interpretan* las prácticas individuales y colectivas con base en teorías (o lecturas) de lo que sería científica y técnicamente correcto o adecuado. Naturalmente, ciertas prácticas son cuestionables y otras éticamente inaceptables, pero no se trata de eso aquí. Gradualmente (pero no por accidente o acaso) se fue alejando de las concepciones más generalizadoras de lo que sería la promoción de la salud, las de Virchow, por ejemplo, en el siglo XIX y las contemporáneas de Sigerist, quien formuló finalmente en 1946 lo que sería promover salud (Sigerist, 2011; Nunes, 1992; Terris, 1992), y una comprensión más enfocada y restringida ganó fuerza y terreno, tanto en la formulación de las políticas de salud como en el interior de los servicios. Se trata de la comprensión de que *se promueve salud para el otro*, es decir, que *el profesional de salud es un agente diseminador de un tipo de vida técnicamente saludable*, que la experiencia del enfermar es consecuencia de prácticas individuales no saludables o perjudiciales, que tales prácticas ocurren por comportamientos desviantes o por ignorancia, y que entonces debe el profesional esforzarse por corregir tales desajustes o inadecuaciones mediante la educación del paciente, teniendo en cuenta la *adquisición* de hábitos saludables.

En el caso de la práctica odontológica pública en general, y sabidamente, tales esfuerzos se resumen en el trinomio placa/cepillado/sacarosa, las técnicas de comunicación enfatizan la charla (y a veces teatrillos y dramatizaciones simplificadoras). En fin, la experiencia bucal de los sujetos se reduce a la forma enfermedad —y *de ella se mantiene siempre la forma-niño o infantil*— y esta se compondrá inicialmente como enfermedad dentaria y luego como enfermedad unívoca, dependiendo solo

de factores biológicos (en el fondo debido a las maneras erróneas de los sujetos de cuidar sus propios dientes, al descuido, etc.). Es forma-niño porque la odontología no puede imaginar otros usos y otros deseos bucales que no sean el de comer dulces, y las expresiones semánticas presentes en las disertaciones refuerzan tal perspectiva (Capítulo 13 de este libro).

Como dijimos en otro trabajo, es necesario actuar con cautela al tratar este asunto porque muchas veces los profesionales de la salud expresan posiciones que juzgan las más correctas y precisamente porque serían “científicas” cuando en realidad están expresando posiciones morales, y esto tiene gran importancia cuando tratamos con personas, grupos, colectivos, familias. Por ejemplo, ante un niño con caries rampantes, debemos establecer medidas que resuelvan la situación y que minimicen la posibilidad de sufrimiento por infección (pulpitis, abscesos). Sabemos, sin embargo, que los niños con brotes agudos de caries viven en condiciones sociales de riesgo, es decir, viven en unidades familiares y grupales cuya existencia social es precaria y por eso vulnerables. Entonces es a esa existencia precaria a la que deben dirigirse nuestros esfuerzos, y esto en conjunto con otros profesionales de la unidad o del equipo de salud. Es insuficiente e incluso inoportuno presentarse ante la familia para discutir el consumo de dulces o la falta de cepillado cuando el problema tiene otro origen, ya que sabemos que solo personas que están en situación de extrema privación, con déficit intelectual y socialmente abandonadas, no pueden proceder a la limpieza del cuerpo, incluidos los dientes. Ni siquiera la prevención de la caries dental, ampliamente practicada mediante la adición de flúor al agua canalizada o dentífricos, presenta eficacia simplemente de modo *biológico*. La condición de vida según clase social aparece claramente cuando se mide el CPO-D en poblaciones, indicando que también los beneficios de las tecnologías de protección colectiva son consonantes con las desigualdades sociales, sobre todo en lo que respecta a la escolaridad y los ingresos (Ministério da Saúde, 2012; ver también el Capítulo 2 de este libro).

Tales reducciones encuentran ocasión de ser superadas con el concepto de bucalidad. Se vincula a la experiencia del sujeto como totalidad y no solo como experiencia dentaria (o separada, lo cual viene a ser lo mismo). Así, la bucalidad se articula con la vida social genérica o como parte del nexo bio-psíquico-social, permitiendo pensar la promoción de la salud en salud bucal de otra forma, no más como expresión separada de órganos del cuerpo, sino como manifestación del cuerpo por completo, el sujeto en su totalidad en sus determinaciones, límites y posibilidades. Parece claro que es posible así pensar en salud bucal a través de la bucalidad, *pero no existen acciones o actividades de promoción de la salud bucal de modo exclusivo*. De hecho, los grupos, comunidades, sociedades serán bucalmente saludables cuanto más saludable sea el grupo, la comunidad o la sociedad en la que el sujeto se ve situado. De ahí que sea posible hablar de ciudades saludables, universidades saludables, etc. (Mello *et al.*, 2010; Kusma *et al.*, 2012). Donde la distribución de los bienes producidos sea más equitativa, donde las oportunidades de vida sean igualitarias y democráticas, donde exista paz y se goce de libertad, donde las relaciones entre hombres y mujeres sean amorosas, donde la sociabilidad sea fecunda, allí habrá inversión bucal y realizaciones bucales (derivadas de deseos bucales) éticamente orientados.

La perspectiva para la (buena) educación en salud debe tomar los determinantes sociales en salud como referencia; además, debe ser considerada como parte integrante de la Atención Primaria en Salud, y es esta condición la que entra como componente de las prácticas de promoción de la salud. Ampliando la discusión, se observa, sin embargo, la *naturalización* del proceso social del enfermar y entonces se observa la predominancia del trabajo en grupos con enfoque clínico del cual desaparecen referencias a diferencias sociales. Tales diferencias no son primariamente desigualdades, pero las inducen, como son etnia/color de piel, género y prácticas relacionadas con la sexualidad. Del mismo modo, se observa la reducción de estados psíquicos e incluso de ciertos comportamientos sociales relacionados con la sociabilidad (educación y amabilidad en el trato) —agresividad, ira, celos, envidia, extensamente característicos de la vida en sociedad— bajo la denominación genérica de violencia. Es así que las prácticas de *educación en salud* hacen desaparecer cualquier referencia a las clases sociales y a las formas de la subjetividad (cultura), así como las *adicciones socializadas* (Kalina & Kovladof, 1978), hoy un serio problema de salud pública, terminan sin que sepamos cómo encontrar su resolución.

Hay un punto que merece relevancia en el debate de este asunto. Se debe al hecho de que las prácticas educativas en Brasil durante mucho tiempo fueron conducidas desde la perspectiva de las clases dominantes, una especie de esfuerzo por inculcar *comportamientos* más aceptables para las clases *subalternas* (léase pobres, pardos y negros) dentro del proyecto elitista que caracterizó (y de cierto modo aún caracteriza) al Estado brasileño. No por casualidad, con el advenimiento del Sistema Único de Salud, un documento oficial puede proclamar: “hasta la década de 1970, la educación en salud fue básicamente una iniciativa de las élites políticas y económicas y, por lo tanto, subordinada a sus intereses. Se enfocaba en la imposición de normas y comportamientos por ellas considerados adecuados” (Vasconcelos, 2007).

La (buena) educación en salud debería en esta misma perspectiva asumir la posición de que los agentes etiológicos por sí y en sí mismos no valen nada, que los agentes etiológicos solo actúan como expresión de la vida en sociedad, es decir, los *agentes etiológicos solo existen en la medida en que se refieren al hombre*. Llamemos a esta maniobra conceptual politización de los agentes etiológicos. Es que hombres y mujeres no están expuestos a los mismos agentes agresores, fomite, agentes infecciosos (biológicos) o físico-químicos, ni a riesgos de enfermar y morir de manera igualitaria. Es consensual entre los epidemiólogos que los riesgos, sean de la naturaleza que sean, se distribuyen desigualmente en función de los ingresos, la escolaridad, las condiciones de vivienda, la naturaleza del trabajo, el tipo de ocupación, etc. Por eso mismo, la educación en salud no está dirigida a la sociedad en su conjunto; antes bien, son *partes de la sociedad* las que interesan a la salud pública —en este caso, el pueblo sencillo—, es decir, los trabajadores pobres. (los ricos y los remediados, así como los trabajadores intelectuales y científicos y todo el alto proletariado, están exentos de esos favores educativos de la asistencia pública).

Debemos atenuar la idea o la pretensión de promover la salud del otro. En realidad, sería más que conveniente imaginar que el trabajador de la salud no promueve,

sino que puede ayudar a personas, grupos y comunidades a promover salud y a tener una vida más saludable.

La educación debe ser vista como una relación dialógica, no transmisiva, es decir, toda práctica educativa en salud debería antes ser pensada en la dirección de las necesidades del otro (de ese otro que debería ser el sujeto de la educación en salud), en el encuentro fértil de experiencias y saberes diferenciados. Hay autores que abogan por una especie de alianza o asociación entre los profesionales de la salud y los sujetos colectivos, o la sociedad organizada, (Carvalho, 2004). En fin, porque es legítimo suponer que algo se mueve en la dirección de la información y el conocimiento, pero no todo, no todas las relaciones sociales, sobre todo las que involucran poder y capacidad política para decidir, están en línea directa con la *cantidad* de conocimiento e información externa a los propios sujetos implicados.

Es en este campo donde los conocimientos y prácticas disciplinarias revelan sus límites. Aquí necesitamos pensar en la ruptura de los límites disciplinarios y se hace necesario pensar en prácticas interdisciplinarias. Es preciso que se incorporen en el proceso educativo todas las prácticas, la experiencia de ellas y la voz de los sujetos sobre *cómo es para ellos la experiencia social de la vida vivida en sus propios cuerpos*. Solo así se puede afirmar la educación en salud como una práctica en la cual pasa a existir la participación activa de los sujetos, que proporciona información, educación sanitaria y mejora las actitudes indispensables para la vida.

En una perspectiva democrática, la educación en salud, al movilizar autonomías individuales y colectivas, abre la posibilidad de relaciones de alteridad entre individuos y movimientos en la lucha por derechos, contribuyendo a la ampliación del significado de los derechos de ciudadanía e instituyendo el crecimiento y el cambio en la vida cotidiana de las personas. Se busca la construcción de correspondencia entre las necesidades sociales y la configuración de políticas públicas, proporcionando luchas colectivas en torno a proyectos que conduzcan a la autonomía, la solidaridad, la justicia y la equidad.

La práctica clínica, la producción del cuidado en salud bucal, el componente subjetivo en la relación del paciente con el profesional

Finalmente, abordemos las posibilidades prácticas de la bucalidad para la actividad clínica. Uno de los desafíos del Sistema Único de Salud es proveer asistencia odontológica de manera regular, resolutive y satisfactoria a los usuarios como expresión material de los principios de integralidad y universalidad del cuidado. Sin embargo, el acceso a la asistencia odontológica en la Atención Primaria se encuentra en todo Brasil en niveles críticos, en muchas localidades por debajo del 15%. Para el estado de São Paulo, este porcentaje es poco mayor que el 10%, y en muchas ciudades de gran tamaño, incluyendo la capital, no supera el 8%. Incluso considerando que en las áreas

cubiertas por la Estrategia Salud de la Familia (ESF)/Equipo de Salud Bucal (ESB), sobre todo en el nordeste brasileño, el porcentaje de cobertura para la primera consulta ronda el 30%, debemos entender que aun así los servicios odontológicos dejan fuera a parcelas significativas de la población. Este estado de cosas probablemente sea consecuencia de los modos en que se pensó y se practicó la salud pública en nuestro país y de cómo la odontología como práctica social podría insertarse en ella. En la medida en que la profesión se entiende como práctica privada y sin gran regulación del Estado (recordar que fue en esta condición que la odontología surgió a finales del siglo XIX y que solo fue regulada en Brasil en 1964), parece natural que haya tenido una presencia bastante pálida en el interior de los servicios públicos de salud y, por eso mismo, aún hoy ocupe un papel poco relevante en las unidades de salud. Esta posición puede ser asumida sin gran incomodidad, incluso cuando admitimos el formidable avance verificado en la última década con decenas de miles de equipos de salud bucal en la ESF; es decir, donde antes no había nada o gran cosa, hoy observamos miles de cirujanos-dentistas comprometidos en el trabajo de proveer cuidados de salud bucal. Entonces, ¿cómo es posible decir que la presencia de la odontología en el sector público de salud es “pálida” y luego decir que existen miles de profesionales actuando en el SUS? Y aún peor, ¿con tan baja cobertura? La explicación es simple, pero antes necesitamos separar algunas cosas. La primera de ellas es entender que históricamente la presencia de la odontología en el sector público estuvo de acuerdo con la tradición higienista y puericultora que marcó la salud pública brasileña desde principios del siglo XX. Es necesario recordar que el énfasis era el control de ciertas enfermedades, entre ellas la lepra y la tuberculosis, además de la idea de *educar* a toda una generación de madres y niños pobres. Se practicaba la vacunación y se hacía profilaxis de las enfermedades (profilaxis de la lepra, de la tuberculosis, de las enfermedades mentales, etc.) en los puestos de salud. Esta política marcó más de una generación. Entre los más ancianos, hay quienes aún recuerdan cuando eran niños y acudían al *puetito* a recibir BCG o la vacuna contra la viruela. Fue un período tan significativo que aún hoy las personas se refieren a las unidades de salud como “puesto de salud”. Como eran lugares que se sabía que atendían a los pobres, o peor aún, a los tuberculosos y leprosos, igualmente aún hoy existe un prejuicio hacia los servicios prestados por el SUS. Y desde muy temprano, en las primeras décadas del siglo XX, se organizaron servicios asistenciales para escolares. En el estado de São Paulo fue el famoso Servicio Dental Escolar, luego reproducido en todo Brasil, y debemos recordar el no menos famoso “programa incremental” de la Fundación SESP en Aymorés con el profesor Mário Chaves (ver Capítulo 2 de este libro). Así, la odontología pública de aquellos tiempos era coherente y adecuada a aquellas prácticas públicas de salud: todo el mundo enseñaba higiene y limpieza, la odontología enseñaba higiene y limpieza de *los dientes*. Los grupos poblacionales según riesgo (no se llamaban así en la época, por supuesto) eran priorizados para la atención; en realidad eran exclusivos, ya que fueron los mismos durante mucho tiempo: además de los afectados por la lepra y la tuberculosis, embarazadas y niños, incluyendo escolares y no mucho más que eso. No faltaba un objeto, un *objeto-enfermedad* a un mismo tiempo biológico y social: *la caries dental era el problema*; las

personas no se cepillaban y comían caramelos. Esta es una simplificación, es verdad, y sin embargo la historia de la odontología pública de ese tiempo anduvo *paralelamente* con la salud pública nacional. Y en un breve intervalo de pocos años, junto con el naciente movimiento de la Reforma Sanitaria, se propuso y ganó notoriedad otra manera de pensar y organizar servicios públicos odontológicos. Emergió otro diseño, ahora denominado *salud bucal colectiva*, y con él, nuevas y audaces políticas públicas de salud bucal. Y como la asistencia preconizada por el Sistema Único de Salud tiene como principios la universalidad y la integralidad, también la salud bucal se pronunció universalizada e integral. Es necesario destacar que desde aquellos días hasta hoy el camino recorrido ha sido extenso, contradictorio y lleno de rupturas, no ha habido ni hay ninguna linealidad. Es verdad que hoy podemos pensar con base en la eficacia de tecnologías de protección colectiva inimaginables hace un siglo, pero la clínica odontológica es algo bastante resistido en los servicios. Las prácticas de salud bucal lograron éxito en numerosas áreas, pero no tan expresivamente en la asistencia. Faltan trabajadores; a pesar de la enorme expansión del número de cirujanos-dentistas contratados, todavía es insuficiente en vista de la cobertura poblacional. Y faltan trabajadores de otros niveles, notablemente el auxiliar de salud bucal y el aún más escaso técnico de salud bucal. Con esto, el rendimiento diagnóstico-terapéutico del dentista en la ESB o UBS está tremendamente comprometido (para entender la atención y la asistencia, consultar el Capítulo 1 de este libro).

En el auge de la Reforma Sanitaria, la salud bucal colectiva afirmaba que la odontología practicada en Brasil era privada, elitista, monopolista, biologicista, individualista, iatrogénica, mutiladora, de altos costos, con gran consumo tecnológico y baja respuesta a los problemas epidemiológicos de la población (Ministério da Saúde & Universidade de Brasília, 1986). No ha dejado de ser privatista, ni elitista, individualista o monopolista. Es un poco su condición estructural ser todo eso. La diferencia está en entender que la Reforma Sanitaria y el SUS colocaron a la odontología ante los límites de su clínica. Durante las décadas que precedieron a las nuevas políticas, la porción pública de la odontología se presentaba reducida; además de las prescripciones profilácticas, realizaba pocas actividades que no iban mucho más allá de extracciones y restauraciones. Esto en la generalidad de los servicios, y aunque haya habido alteraciones aquí y allá con las Acciones Integradas de Salud (AIS) o en el caso de São Paulo con el Programa Metropolitano de Salud (PMS). En los años setenta, el entonces Instituto de Asistencia Médica de la Seguridad Social (INAMPS) incorporó la asistencia odontológica de manera bastante vigorosa, incluso con un segmento de práctica hospitalaria que se mantiene hasta hoy (aunque sea poco conocido y menos aún hablado). En muchas ciudades como Río de Janeiro, que concentraba y aún concentra un gran número de hospitales “federales”, una odontología del tipo *buco-maxilofacial* y traumatología era (y aún es) practicada, y no era raro que los estudiantes realizaran pasantías curriculares en esas unidades.

El caso problemático, por lo tanto, no es con la odontología hospitalaria, que puede clasificarse como cirugía bucal media y mayor, cuyo abordaje se relaciona ampliamente con tumores y quistes de grandes proporciones, traumas y oncología. Esta *odontología* practicada en ambulatorios de especialidades o en centros

quirúrgicos no es dentaria en la acepción corriente del término; antes bien, es *estomatognática o estomatológica* simplemente.

El caso es con la odontología de salud pública, o más precisamente con la *asistencia odontológica en la Atención Primaria*. Al ser demandada para extender sus prácticas más allá de las profilaxis hasta entonces practicadas —cepillados, charlas, aplicación tópica de flúor y enjuagues— e incorporar la realización de procedimientos en una escala tendiente a la universalidad, fue entonces que la práctica odontológica se vio imposibilitada de dar respuestas efectivas a la creciente demanda de asistencia. Como se ha dicho numerosas veces, la odontología de *consultorio dental privado* acabó reproduciéndose acriticamente en el sector público. Es esta odontología, entonces, la que se ha caracterizado como de baja cobertura o con baja capacidad de respuesta a las demandas de atención. Es dentaria y se centra en la lesión dental; no se realiza con base en el diagnóstico bucal, no hace consulta, sino presupuesto, y aún hoy no ha sido posible encontrar otra manera de organizar el trabajo del dentista, de proponer y realizar ningún otro modelo de práctica. Vamos a analizar de cerca algunos de estos aspectos y busquemos entender un poco más cuáles son estos límites, entender qué significa “reproducción acrítica”.

En primer lugar, y como vimos anteriormente, la educación odontológica enfatiza y realza este aspecto,

...disocia conocimientos de las áreas básicas y conocimientos del área clínica, centrando las oportunidades de aprendizaje clínico en el hospital universitario o en el ambulatorio especializado, adoptando sistemas de evaluación cognitiva por acumulación de información técnico-científica estandarizada, incentivando la especialización precoz, perpetuando modelos tradicionales de práctica en salud. La enseñanza es tecnicista y preocupada por la sofisticación de los procedimientos, favoreciendo la agregación tecnológica intensiva y, muchas veces, desprovista de evaluación de efectividad. (Mello *et al.*, 2010)

Ruego que tengamos un poco de paciencia y retomemos parte del material presentado al inicio de este trabajo. Recordamos que, en su emergencia, la profesión odontológica anunció que su objeto era la realización de *operaciones sobre los dientes*, abandonando cualquier otra pretensión. Así, restringiéndose, rescataría lo que siempre habría sido —y desde siempre según esa concepción restringida— el trabajo de los verdaderos dentistas de todos los tiempos: “limar, obturar, extraer y sustituir dientes”. Es necesario prestar atención a lo que se está diciendo, pues tal concepción recubre nuestro imaginario en la contemporaneidad y nos imposibilita percibir que desde el origen este “centrado dentario” se opone a las definiciones actuales sobre la profesión contenidas en las Directrices Curriculares Nacionales (DCN), donde se declara la intención de formar un profesional generalista con sólida formación técnico-científica, con contenido humanístico y ético, y orientado a la promoción de la salud, *la prevención y el tratamiento de las enfermedades bucales prevalentes* (Conselho Nacional de Educação, 2002; Haddad *et al.*, 2006; Zilbovicius, 2007; Warmling *et al.*, 2006).

Esta posición, por lo tanto, respondía a la pregunta: “¿qué caracteriza a un dentista?” y también respondía a otras tantas: “¿hay peligro en la práctica del dentista?”

“¿Es necesario tener formación médica para ejercer el arte?” “¿Existen enfermedades dentarias, es decir, los tejidos dentarios son susceptibles de enfermar como los demás tejidos del cuerpo?”; y una fundamental: “¿existe diente normal?”. Estos cuestionamientos se hicieron en el momento en que en el siglo XIX las especialidades médicas se delineaban y tomaban forma las políticas de repartición del cuerpo humano según aparatos y funciones. Ya vimos que las respuestas fueron negativas, que se afirmó que no había peligro en la práctica de los dentistas, que no había patología en los tejidos dentarios y que las manipulaciones de fármacos que los dentistas hacían eran “anodinas”. Es decir, las respuestas no fueron científicas (ya que había conocimiento estomatológico suficiente), sino institucionales, es decir, políticas. Hubo claramente una negativa a pensar o proponer una clínica de enfermedades de la boca y de los dientes; antes bien, se prefirió apostar por un diseño de profesión restaurador y protético basado en el concepto de lesión, como si una clínica no cupiera en ese lugar.

Pero ¿qué significa exactamente decir que no hay clínica en ese lugar o que se trata de una clínica en la que no hay patologías, sino solo instituciones? Prestemos nuevamente atención, veamos cómo esto sería posible. Inicialmente, debemos reconocer que toda actividad clínica se basa o se reparte entre la anatomía, la fisiología y la patología. El practicante conoce la estructura “normal” del cuerpo humano, su funcionamiento y las alteraciones a las que puede estar sujeto. Son fundamentales tres conceptos aliados y simultáneos: el de célula, el de tejido y el de órgano. La moderna descripción del ser vivo se volverá posible con el uso combinado de estos tres conceptos, que también son los términos que permitirán las descripciones de las alteraciones que sufren, concebidos como proceso patológico. Tienen, al final, la propiedad de decirnos cuánto y qué se alejó de la estructura *normal* y de la función *normal* correlativa. Función, ya sabemos, es algo que no vemos, pero cuyos efectos sentimos. En resumen, la anatomía patológica nos permitió comprender cómo tal síntoma o señal particular correspondía a tal o cual alteración en el órgano o en los órganos implicados. Este sentido de localización fue fundamental para establecer los nuevos (y contemporáneos) sentidos médicos de la enfermedad. Junto con la microbiología, permitieron otra base epistemológica y otra justificación técnico-política para sustentar en la sociedad capitalista moderna la modernidad de la clínica médica (Canguilhem, 1995; Foucault, 1980).

¿Y qué vendría a ser exactamente la definición de clínica? Sabiendo que en la actualidad las clínicas son numerosas, incluidas las de la esfera psicológica, la primera correlación debe hacerse con la clínica médica en el nivel de generalidad y luego con sus especialidades en el nivel concreto, pues es en este nivel donde aparecen las posibilidades prácticas del arte de curar. Recordemos que entre estas artes históricamente se incluía el arte dental. Clínica, recordemos otra vez, se refiere etimológicamente al examen clínico realizado con el paciente en el lecho —*klinomai*— que significa: estar acostado (con los correlatos inclinar, inclinado, biclinium, triclinium, inclinación, etc.) Todas las clínicas, en fin, se organizan según los mismos preceptos y guardan semejanza en cuanto a los métodos: queja, anamnesis, examen físico (*perfil* psicológico), hipótesis diagnósticas, exámenes complementarios, diagnóstico, tratamiento, pronóstico. Inicialmente, tiene relevancia la historia clínica, ocupa un lugar

central para la interpretación o comprensión del malestar del individuo o del sujeto que busca la ayuda del especialista.

Se exige que el profesional adopte criterios rigurosos respecto a los procedimientos que deben ser aplicados:

...examinemos desde el comienzo las semejanzas y las diferencias, las más fáciles, las que conocemos por todos los recursos. Lo que se ve, lo que se toca, lo que se oye; lo que se puede percibir con la vista, con el tacto, con el oído, con el olfato, con la lengua, con el entendimiento; lo que puede conocerse con todo aquello con lo que conocemos. (Entralgo, 1998)

Como un epíteto, este pasaje marca la práctica clínica y la actividad médica (o médico-quirúrgica, entendamos bien) como una *tékhnē*, es decir, un modo específico de hacer, “un saber hacer, sabiendo por qué se hace lo que se hace”.

La organización del procedimiento clínico o la enseñanza del arte de curar sigue los siguientes pasos: 1) conocimiento del hombre sano; 2) conocimiento del hombre enfermo, lo que implica una nosología, una etiología, una morfología patológica, una fisiología patológica, una fisiopatología general, una fisiopatología específica, y una nosognóstica (o el conocimiento científico de la enfermedad ante el hombre que la padece). Esta última tiene para nosotros particular interés porque involucra el estudio de los signos y síntomas (los síntomas percibidos por el médico merecen el nombre de signo —*semeion*—, y se constituyen en objeto de la semiología o semiótica), una doctrina de los procesos mórbidos (patografía o doctrina de la historia clínica), una clasificación de las enfermedades o taxonomía y un arte para reconocer en el enfermo los síntomas de su enfermedad, comprendida como arte de la exploración y diagnóstico. Los demás pasos implican la conservación del estado de salud —una *higiene privada*—, las relaciones del enfermo y de la enfermedad con la sociedad (medicina legal, salud pública, medicina del trabajo, etc.) y, finalmente, la enseñanza y las condiciones de ejercicio del arte (Entralgo, 1998, pp. 25-27).

Estos aspectos entrelazados constituyen los problemas a través de los cuales el arte de curar se erige, se diversifica y puede ser ejercido satisfactoriamente, reiterando Entralgo, una vez más, que “sin una constante alusión al arte del diagnóstico, a la clasificación de las enfermedades y a una teoría de la enfermedad, no es posible entender la estructura, el contenido y la intención de una historia clínica” (Entralgo, 1998, p. 9). Es decir, la historia de la enfermedad del hombre enfermo o simplemente la historia del hombre. Pues, como se dijo en otra ocasión, “es en la anamnesis que se constituye el caso clínico, es en la anamnesis que aparece el enfermo con su enfermedad” (Capítulo 6 de este libro).

Sin embargo, se observa lo contrario de todo esto. El trabajo clínico odontológico aún se basa en el modelo tradicional, con el dentista actuando de forma aislada, sin ayuda ni instrumentación, y teniendo como foco de su mirada la lesión dental, en una concepción cariológica y apriorística del proceso salud-enfermedad bucal, dado que desde la década de 1950 la caries dental se afirma como el *principal problema de salud pública de la boca humana*. Este modelo se define como odonto-centrado. *A*

priori, en este caso, significa que todos los usuarios que demandan atención odontológica son previamente interpretados como “dependientes de caries”, ya sea que tengan o no problemas dentales u otros problemas bucales. Es decir, la caries dental, en este caso, es una institución o “un fetiche” (Botazzo, 2013).

Podemos, sin embargo, innovar en la producción del cuidado en salud bucal en la APS. Este es un lugar potencial para la generación de encuentros y la producción de subjetividad. Si prestamos atención, observaremos que el concepto de bucalidad se presta perfectamente al trabajo clínico. Permite comprender las funciones bucales y, antes, permite comprender al sujeto que, enfermo (o no), nos busca en la unidad de salud. La discusión en detalle de esas relaciones y posibilidades de innovar en la clínica se encuentra en el Capítulo 16 de este libro.

Conclusión

Pensar la formación social de la boca humana es un ejercicio necesario para la reforma del pensamiento social en odontología. Pensar tal formación, lo que significa bucalidad, es al mismo tiempo dar otro enfoque a la práctica de los dentistas y a la propia salud bucal colectiva.

Podemos, como consecuencia de las explicaciones hasta aquí realizadas, presentar las siguientes conclusiones preliminares:

- 1) La boca humana participa (es parte) de la reproducción social de un modo específico y singular. De hecho, ninguna otra parte de nuestra economía animal está tan presente en la organización y en los eventos y hechos sociales —y de todos los eventos que rodean la vida de un sujeto— que ella. Si sus trabajos cubren tan ampliamente la vida del hombre en sociedad, al mismo tiempo la apartan de esa economía y de las demás vísceras —sus primas— ese *interior a* cuyo funcionamiento acompañamos: *su autonomía está para el sujeto*.
- 2) La boca humana es un lugar institucionalizado y lugar de función institucional, tanto como lo es la salud colectiva. Cuando se comentan los peligros de esta institucionalización, antes se debería haber dicho *aparelhamento* (equipamiento): es esta *salud colectiva muerta* la que encontramos en muchos sistemas locales, gobiernos estatales, departamentos académicos, etc. Una institución se reproduce y también reproduce a los hombres buenos (*palingenesia*) que se encargan de ello. La materialidad del proceso salud-enfermedad indica que la enfermedad y el enfermo son productos históricos. Si la boca participa de la reproducción social, lo hace en medio de prescripciones, ritmos, modos, tiempos; en esto ella está instituida. Y si ella trabaja (producción y consumo), debe desgastarse conforme a las solicitudes y las posibilidades (o las condiciones de existencia) del sujeto que está vivo, trabaja y habla. Visto de esta manera, esta bucalidad se acomoda cómodamente en una teoría social de la salud, esta misma de la cual Cecília Donnangelo hizo el insuperable diseño y de la cual

hizo aparecer su inestabilidad esencial como modo de existir (pues esa inestabilidad esencial es antes constituida en el objeto, es decir, en el modo de ser del hombre).

- 3) La boca humana es cuerpo humano. Producción y reproducción son eventos que se realizan en el cuerpo del hombre, por el cuerpo y para el cuerpo. Es aquí donde los fenómenos de la salud y la enfermedad se dan como expresión de la cultura (incluyendo el psiquismo) y se funden en los nexos poderosos de los modos de producir la existencia. Soporte de acciones (y de relaciones) sociales, son inseparables sus instancias sensoriales y las de la razón. Doble gozo, pues que es el gozo que le proporcionan sus mucosas, músculos y glándulas, como el mismo Freud habría dicho, y también el gozo de la cosa pensada, una idea, un razonamiento o un cálculo. Se reviste de cultura y civilización y, en esta, se expresan los controles de su fisiología, es decir, es en el proceso civilizador que se instauran dispositivos de control de los modos de comer, la disposición en el lecho, el control de los olores, la deposición de sus excretas, la efectivización de su limpieza.

En conclusión, tiene perfecto sentido pensar en una clínica de odonto-estomatología o una clínica de salud bucal (más allá de pensar en la salud colectiva o todas las interrelaciones que los dentistas pueden tener en el equipo de salud, las visitas al territorio, las actividades colectivas, etc.). Esta se distribuiría cómodamente entre las demás clínicas y propiciaría el ejercicio fértil del proceso diagnóstico-terapéutico bucal que ha sido requerido (por la salud bucal colectiva) desde hace mucho tiempo. Tal concepción de clínica permitiría superar la fragmentación de las prácticas y disciplinas odontológicas, que aún se mantienen tanto en la formación como en la práctica de consultorio (dentística, endodoncia, periodoncia, cirugía, diagnóstico bucal, prótesis, etc.), sin que nadie hasta el presente haya logrado hacer funcionar una clínica integrada.



Capítulo 10

Salud bucal y ciudadanía: Transitando entre la teoría y la práctica

En este capítulo se presentan la interdisciplinaridad, la producción de significados y los proyectos de sociedad como tres esferas interconectadas en el proceso histórico de la Reforma Sanitaria y la Salud Colectiva en Brasil¹. Se discuten los desafíos planteados para la salud bucal colectiva y se realiza una crítica al argumento, común, de que la clínica es siempre biologicista e individualista. Se expone la posición teórico-práctica que debería conducir a nuevas formulaciones sobre las posibilidades de una clínica ampliada de salud bucal.

Pensar en las relaciones entre odontología y salud bucal se convierte en una necesidad en el presente. De cierta manera, reflexionar sobre estas relaciones ya implica situarlas como si fueran relaciones sociales, o como la relación que la odontología mantiene con la sociedad. La realidad de los servicios (incluida la población usuaria) y las dificultades siempre presentes en la implementación de programas ampliados de salud bucal, sumadas a la crisis interna de la profesión (educación, mercado de trabajo).

La finalidad de este capítulo es discutir algunas de las cuestiones presentadas. Se imagina que está relacionado con la práctica de los dentistas y, por lo tanto, es de interés para todos los profesionales, incluidos los del servicio público, y para los estudiantes. Se sabe que el enfoque social de los problemas de salud no genera gran entusiasmo en las escuelas ni tiene gran prestigio entre los estudiantes. Sin duda, esto también concierne a los profesores. Usualmente entre nosotros, la enseñanza odontológica se desarrolla con el fortalecimiento de contenidos técnicos fuertemente anclados en el interior del consultorio-escuela. El consultorio es el lugar donde se produce y reproduce cierto tecnicismo. Es un hecho que, si las profesiones médicas padecen de este desvío tecnicista, este mismo desvío afecta a la odontología de manera inequívoca, y desde hace mucho se escuchan los reclamos de quienes consideran que al cirujano-dentista le falta un poco de “sensibilidad social”, una sensibilidad que entonces lo sacaría de la frialdad de los procedimientos restauradores a los que aparentemente el ejercicio de la profesión lo obligaría. De este modo, hoy encontraríamos cristalizada la posición de Austen, uno de los fundadores de la Escuela de Baltimore, para quien el “positivismo de la práctica” acabaría conduciendo a la profesión —y antes al alumno— al embrutecimiento intelectual y a la

¹ Publicado por primera vez en *Odontología en salud colectiva: planificando acciones y promoviendo salud* (Pereira, 2003, pp. 17-27).

repetición mecánica. El modo, según él, de evitar esta funesta consecuencia sería insistir en “estudios generales y médicos” previos o simultáneos a la entrada al laboratorio y a la clínica (Harris & Austen, 1874).

Esta preocupación político-pedagógica se manifiesta desde el nacimiento de la profesión en el último cuarto del siglo XIX. Si para algunos parecía necesario, como parece hoy, introducir contenidos “humanísticos” en el currículo odontológico, para otros parecía —como parece aún hoy— que no se debería obligar al alumno a estudiar disciplinas que no tengan relación con el ejercicio profesional. Esta fue la posición exitosa en el 3° Congreso de la Federación Dental Internacional (FDI), realizado en París en 1900 (contemporáneo de la Exposición Universal), una victoria de los “dentísticos” y, particularmente, de Charles Godon. En ese Congreso se presentó, discutió y aprobó un “currículo odontológico mínimo” cuyos rasgos estructurales permanecen intactos después de más de un siglo. Godon, uno de los militantes más combativos de la nueva profesión, poco tiempo después justificaría su propuesta afirmando que el tiempo del que disponía el estudiante-dentista para su formación, y también su *capacidad intelectual menor (inota bene!)*, recomendaban un enfoque instrumental de la enseñanza, con énfasis en la “educación de la mano” en el laboratorio y en el banco de trabajo, ya que un dentista sin habilidad manual no sería un dentista (Godon, 1901). Asimismo, no faltó quien afirmara —dentro de la profesión— que, para “extraer dientes de los obreros de los suburbios”, no se necesitaba un profesional muy sofisticado ni de alto costo social, como lo serían los especialistas médicos (Dubois, 1890).

A estas dos opiniones (que rodearon con controversias el nacimiento de la odontología) deben sumarse otros dos posicionamientos políticos, estos sí más fuertemente instituyentes de las creencias de la profesión (tal como podemos denominar su formación ideológica), a saber: a) la afirmación del carácter privado de la odontología; b) el protesismo dental. El primer punto retira de la esfera pública tanto al profesional como al paciente. Así, la enfermedad y la terapéutica expresan relaciones entre individuos, sin que necesariamente interesen a la sociedad o al Estado. Pero significa, del mismo modo, que si la profesión odontológica puede manejarse en su propio ámbito, los dientes de los hombres —y lo que se haga con ellos— no necesitan ser de interés público. Es preciso resaltar que así se estaría diciendo que a estos órganos no se les puede atribuir un *estatuto de normalidad*. Si no hay norma a ser restaurada, esto significa, también, que *no hay patología* en este lugar que deba ser controlada o que pueda ser objeto de vigilancia. Por lo tanto, no habría *peligro social* en los dientes de los hombres. El segundo punto es una derivación inmediata del primero. El protesismo significó —y aún significa— el énfasis en los procedimientos quirúrgico-reparadores, tal como correctamente la salud bucal colectiva denominó, en cierta época, el campo nuclear de la práctica odontológica. Sin embargo, protesismo —*bridgeworkisme*, en la definición de Cruet (1902)— no expresa los componentes quirúrgico y protético de la práctica, de sus vertientes clínicas, sino más bien la preferencia hegemónica por el *dispositivo artificial*. Por eso se dijo en cierta ocasión que la prótesis, que debía ser la evidencia del fracaso de la odontología, fue erigida como tótem y marco distintivo de la profesión (Botazzo, 1994). Detrás de este

término, finalmente, se ocultan prácticas de mutilación. Estas acabaron justificadas mediante la noción de que un buen diente artificial valía mil veces más que un *diente natural malo* (Turner, 1875). No obstante, nunca se llegó a explicar qué sería un *diente natural malo*.

Sin duda, ninguna formación ideológica o sistema de creencias se mantiene sin la existencia de prácticas que reafirmen o retroalimenten esas mismas creencias. Dicho de otro modo, son estas prácticas las que proporcionan la base material de la ideología, mediante las cuales se reproduce. Los lugares de esta reproducción son muy claros: a) la práctica privada; b) las asociaciones de la categoría; c) la enseñanza de la odontología.

Así, y considerando además que una significativa producción intelectual ha tomado las relaciones entre odontología y sociedad como objeto de estudio, se pretende aquí enfatizar la naturaleza política de esta relación. Es desde esta perspectiva que la odontología aparece como una verdadera biopolítica. Nos parece adecuado, por lo tanto, que a la luz de este entendimiento se sitúe la odontología frente a las demandas sociales. Es aquí donde finalmente debe aparecer la relación entre carencia y ciudadanía (o la necesidad del especialista).

La salud colectiva como campo de prácticas

Hablar de esta relación hace necesarias algunas definiciones previas. No se pretende insistir en las diferencias entre odontología y salud bucal porque no se trata de destacar diferencias ni de oponerse a esta o aquella profesión. Así, este texto no tomará una posición *contraria a la odontología*, pues este no es el foco de la discusión, sino verificar cómo se relacionan una y otra de estas prácticas y conocer acerca de cuáles son esas relaciones.

Esto obliga, de cualquier modo, a establecer las líneas de pensamiento en salud colectiva en las que se apoya este capítulo. En muchas partes se dará énfasis a la filosofía positivista, aunque no se tenga afinidad con ella. Se trata de reconocer que este modo de pensar en salud goza de prestigio y está bastante difundido, ya sea que los agentes tengan o no conciencia de ello.

Entendemos, como Minayo (1992), que la salud colectiva se constituye como un campo de prácticas —sanitarias, sociales o de investigación— que incorpora a los sujetos, los movimientos sociales, los servicios de salud, etc., y los somete a la *crítica transformadora*. Desde esta perspectiva, también las instancias o aparatos de control social medicalizados son sometidos a crítica. Por esta vía, la salud colectiva se diferenciaría de la salud pública, entendida siempre como esfera estatal que, a través de la oferta de servicios de salud, efectúa sus políticas de control social, es decir, el control del Estado sobre individuos o grupos de individuos. Claramente se diferencian una de otra (ver Capítulo 8 de este libro). Existe abundante literatura que revela las relaciones entre situación de salud y actividad económica. De este modo, la asistencia pública ha venido ofreciendo, desde su nacimiento, los elementos que

permiten establecer, de modo inequívoco, los nexos que la mantienen en articulación con las políticas y los propósitos del Estado, y esto desde que para los Estados nacionales la necesidad del control de la masa poblacional (nacimiento, muerte, gestación, vivienda, educación/capacitación, prácticas dietéticas, cuidado del cuerpo, moral, etc.) se impuso como una estrategia que buscaba el incremento de la riqueza económica y militar de las naciones europeas occidentales.

Fue en la segunda mitad del siglo XIX, sin embargo, cuando la asistencia pública asumió la configuración que mantiene hasta los días presentes. Minayo (1992) acertadamente considera que la connotación de esta salud es ser pública, sí, pero de manera inespecífica. Es así como ella vincula esta salud pública a la “política de prevención propuesta por el Estado”. Política de prevención es una denominación extensa. Debe, por tanto, significar todas las prevenciones y todas las profilaxis posibles. En la masa poblacional radican muchos males, la pobreza es fuente de peligro de todos los tipos, la miseria engendra la degradación moral y física, el sufrimiento y el crimen. Y, sobre todo, es caldo de cultivo para la Revolución. Y fueron tantas, que Eric Hobsbawm denominó ese momento histórico como “La Era de las Revoluciones”.

En una atmósfera hamletiana, la burguesía europea se veía amenazada por espectros (“un espectro recorre Europa”, recordamos, es la célebre frase de apertura del Manifiesto de Marx) y veía en cada “popular” un conspirador, un agitador o un delincuente. No por casualidad, la filosofía positiva de Augusto Comte predicaba la necesidad de educar positivamente al proletariado urbano. Comte (1978) aseguraba que la ciencia positiva, el estado superior del pensamiento que la sociedad humana había alcanzado en el siglo XIX, dirigiría de ahí en adelante todas las artes y las técnicas y, principalmente, las acciones humanas. Así, la moral, es decir, la prescripción del modo correcto de actuar en sociedad, pasaría a tener una base científica. Muy coherentemente, si la ciencia positiva indica lo cierto, lo correcto, aquello que debe ser y de la manera en que debe ser y de ninguna otra forma, si es preciso primero conocer para luego actuar, entonces la educación positiva del proletariado debería significar *convertirlo en normal socialmente hablando*. Por eso mismo, en el esquema comtiano la medicina ocupa un lugar central, porque esa normalidad social deberá expresarse objetivamente o internalizarse subjetivamente como *normalidad médica*.

Todas las profilaxis contemporáneas encuentran en este marco ideológico su condición de posibilidad y justificación. Por profilaxis se entienden las prácticas que, sin ser exactamente prevención, contribuyen a la prevención. Pero profilaxis, recordemos, en su radical griego significa explícitamente *observar*, dirigir la mirada hacia, *vigilar*. Es entonces cuando la medicina científica, completando el razonamiento comtiano, será llamada a ocupar el lugar de reguladora de las voluntades y deseos de los hombres. La medicina científica o positiva orientará la conducta humana, dirá cuáles prácticas son recomendables y cuáles son perjudiciales, atraerá hacia su ámbito todos los remedios caseros, propondrá la profilaxis de casi todos los males, medicalizará la cama, el dormitorio, el baño y la cocina, medicalizará los sentimientos y las emociones y, finalmente, medicalizará la sociedad. El modo de objetivación de todas estas formas de vida medicalizada se da a través del cuerpo. Tomado en su dimensión colectiva, es el cuerpo proletario el que debe interesar

principalmente al nuevo orden. Es en este preciso contexto y enfoque donde se validan las prácticas de vigilancia, tanto médicas como no médicas. Es un momento de la medicina positiva, pero también es el momento de un derecho positivo e igualmente de una represión positiva. Es cuando emergen, finalmente, todas las prácticas de escrutinio de la vida social en general, es cuando se formulan los preceptos legales del derecho positivo, es cuando se otorga al desviado el estatus que permitirá su encarcelamiento (Foucault, 1991).

Vigilancia y orden. Este es, por excelencia, el campo de la disciplina, que alcanza los aspectos más recónditos de la vida en sociedad. La disciplina está presente en el aula y en el cuartel, en el monasterio y en la fábrica, en el hospital, en el manicomio y en el cementerio. Desde el nacimiento hasta la muerte, desde la cuna hasta la tumba, debe existir el registro estatal de los eventos y de las condiciones en las que ocurren.

Subordinar la moral a la ciencia, sin embargo, equivale a una rendición. La moral es la designadora del campo de las prácticas sociales. Por supuesto, no es aceptable un “discurso de neutralidad” que dirija las acciones humanas. Para Japiassu, esta posición debe ser vista como un “imperialismo científico”. Es igualmente justa la posición de Henry Poincaré (1995), para quien no puede haber una moral de base científica, del mismo modo que no puede haber una ciencia inmoral. Bastan, por ahora, estas observaciones. Es de aquí en adelante, es decir, al transitar de aquel “público inespecífico” del que hablaba Minayo hacia la publicización radical de la salud, que encontraremos acogida para las categorías de las ciencias humanas, y para todas las formas de problematización que se esconden bajo el término “colectivo”.

Rodeada de ambigüedades y transparencias, o en permanente atravesamiento por la política, la ideología y los conflictos (Donnangelo, 1983), la salud colectiva, que se concibe para ser, como afirma Nunes (1995), tema y al mismo tiempo campo de prácticas teóricas, técnicas y pedagógicas, debería ser concebida antes según algunos ejes práctico-conceptuales: a) interdisciplinaridad; b) proyectos de sociedad; y c) producción de sentido. Veamos cómo se desarrollan estos ejes.

Interdisciplinaridad

Quizás el mayor obstáculo para comprender lo que significa esta palabra deriva del hecho de que ya hemos internalizado dentro de nosotros, es decir, como subjetividad, las categorías de orden y disciplina. Durkheim (1978) afirmará, con el rigor del funcionalismo sociológico, que solo hay resistencia a las normas sociales, coercitivamente impuestas, cuando no han sido suficientemente internalizadas por los sujetos; por el contrario, la falta de resistencia conducirá a que la coerción aceptada sea percibida como “natural”. Las cosas son como deben ser y sabemos que existen límites y fronteras. Pero también es un hecho que solo podemos pensar en la frontera cuando sabemos lo que está del otro lado. Este es un punto relevante porque inmediatamente se podría decir que el gesto fundante de la interdisciplinaridad es la superación de la frontera, es la ruptura del límite. Se trata, entonces, inicialmente

de una *indisciplina*, una *rebeldía epistemológica*. El primer punto es, por lo tanto, una reconciliación del sujeto consigo mismo, porque la interdisciplinariedad es el lugar donde frecuentemente sujeto y objeto se confunden. Tendrá que verse en relación con otros sujetos y necesitará descubrir cómo se produjeron en él los efectos de los dispositivos de regulación social en funcionamiento.

Desde el punto de vista pedagógico, la disciplina puede entenderse como conjuntos de enunciados que copian su organización de modelos científicos. Presenta una tendencia hacia la coherencia y la demostrabilidad. El contenido de la disciplina, o la disciplina misma, es aceptado, institucionalizado, transmitido y, a veces, enseñado como ciencia (Foucault, 1985b). De la misma manera, y preservando esta conceptualización, es que se puede entender como disciplina también la psiquiatría, la psicología, la medicina en su totalidad, en fin, porque estas prácticas se fundamentan en cierto plano de racionalidad y en cierto basamento científico que las legitima ante la sociedad.

Así, podemos denominar también a la odontología como disciplinar. Implica, por todo ello, relaciones de poder y ejercicios de poder. No tiene sentido hablar de disciplina si no se le atribuye esta dimensión de, mediante el ejercicio del poder, verse en pertenencia a los esquemas de dominación. En este sentido, se puede afirmar que el aula es la institución celular y la transmisión que en ella se lleva a cabo es, en cierto modo, la reproducción del orden, como nos ha demostrado recientemente Figueiredo (2003). Junto con el laboratorio y el consultorio, el aula revela su pedagogía ya desde la arquitectura que determina el lugar del alumno y del profesor, la separación entre el trabajo intelectual y manual, la diferencia entre quien sabe y quien debe aprender. Todos estos lugares albergan dispositivos reguladores en procesos de institucionalización, la lista de asistencia, las evaluaciones, los exámenes, los tiempos, los ritmos, los modos de hacer. Alberga la producción de verdades, en fin, incluida la última de ellas, la verdad sobre el paciente (y en esos lugares, finalmente, si hay dominación también hay resistencia a ella).

Ahora bien, lo que necesita ser pensado es saber si, de hecho, más allá de lo que expresa como institución, la disciplina, es decir, ese conocimiento específico del que hablaba Foucault, contiene la posibilidad práctica de comprensión del hombre y de su enfermedad. Pues aquí, para conocer al hombre, se debe ir más allá de la anatomía y la fisiología. No se trata de un conocimiento *sobre* el hombre, sino del *conocimiento del hombre*. Sería otro modo de hablar sobre la determinación social del proceso salud-enfermedad. Pensamos genéricamente sobre condiciones de vida y salud, y siempre articulamos a estas categorías las variables de ingreso, trabajo, vivienda, educación, transporte, acceso a la información, etc. Pero también decimos que esto varía según los grupos y las clases sociales, lo que implica considerar su distribución según los modos de vida. Estos son todos modos de ser del hombre, los modos prácticos de existir, y ya vemos que entonces el modo de ser del hombre y la salud en él vienen a ser una sola y misma cosa. Es a través del modo de ser que podemos comprender el desgaste del cuerpo del hombre o su capacidad de recuperación, las posibilidades de morir más pronto o más tarde. O, dicho de otro modo, *enfermamos de vida y morimos de vida*, ya sea de la vida que tenemos o de la que se nos

permite tener, tanto como enfermamos (o morimos) de clínica y de normalidad. Esto aplica tanto para el obrero de la construcción como para la cantante famosa.

Sin duda, no estamos frente a lo simple; se trata de la complejidad. Lo simple es más fácilmente ordenable y, en general, no está dotado de ambigüedad; la complejidad es propia de las estructuras caóticas (Piaget, 1970), es decir, aquellas en aparente desorden, y nunca se da sin que se produzcan ruidos e interpretaciones dispares. Es, propiamente, el caso que estamos tratando, pues sería en este conocimiento sobre el hombre y del hombre donde se radicaría la posibilidad de las prácticas interdisciplinarias. Por eso se dice que el término salud es ambiguo y conlleva múltiples significados; y entonces esto viene a significar, coincidiendo con Nunes (1995), que estamos ante un problema epistemológico crucial y de la más alta relevancia: el hecho de que ninguna disciplina aislada y por sí sola da cuenta de este objeto.

Proyectos de sociedad

Es posible que el aspecto más notable de la salud colectiva sea su manifestación, de otra manera, como movimiento social. Esto la diferenciaría radicalmente de la concepción y las prácticas inespecíficas de la salud pública. Quizás aquí radique la explicación de por qué tantas veces este término se refiere como una “invención brasileña”. Sin duda, la denominación reciente —que data de 1979— fue una forma de aglutinar diversas experiencias en varios campos del saber y de la práctica política en salud. Fue en el marco de las luchas políticas de los años 1970 y 1980, en la lucha contra la opresión y la dictadura, conducida bajo la égida de las libertades democráticas, que grupos de profesionales de salud, profesores universitarios, investigadores y estudiantes se unieron al movimiento popular y de los trabajadores para reivindicar mejores condiciones de vida para el pueblo. Se criticaron las políticas públicas de salud, la estructuración de los servicios médicos y la propia medicina. Se señalaron las fallas estructurales del modelo implementado por el régimen militar, la centralización y la verticalización de los programas, las políticas de financiamiento, la formación de recursos humanos, y todas las inequidades de la dictadura y todos los fraudes del sistema nacional de salud se sacaron a la luz. Se sucedieron las conferencias, los encuentros regionales y locales, se movilizaron categorías y profesiones, se animaron los sindicatos. Tomó cuerpo el Movimiento de Reforma Sanitaria. La 8ª Conferencia Nacional de Salud, de 1986, es el hito que delimita el *antes* y el *después* en la historia de las políticas de salud en Brasil. Se instala una especie de comité nacional de la reforma que organiza la minuta del capítulo de salud de la Constitución Federal de 1988.

Estas características del Movimiento de Reforma Sanitaria son, de hecho, únicas. No son exclusivas, ya que conocemos el curso de la Reforma Sanitaria Italiana, para citar el ejemplo más famoso. Ambos, pero sobre todo el italiano, se basaron fuertemente en el movimiento sindical de origen obrero. Pero hay otros ejemplos de movimientos que terminaron por articular a los trabajadores de la salud con agendas

sociales y políticas específicas, como es el caso de la lucha antimanicomial, generada a partir del cuestionamiento del poder de la psiquiatría. Estas luchas emergieron en el contexto de las luchas democráticas mundiales que, en torbellino, sacudieron la estabilidad del poder internacional de la burguesía. Basta recordar las jornadas de 1968 y la Guerra de Vietnam, y todo lo que entonces y posteriormente vino a denominarse *contracultura*. Si estos son ejemplos del pasado, la historia se repite. Y desde siempre son evidentes las conexiones que vinculan el movimiento público de la salud con los trabajadores del sector en relación con las agendas o necesidades de grupos sociales o comunidades (Stern, 1983; Rosen, 1980).

En fin, es porque la salud colectiva no puede eludir su compromiso con la vida que, en su expresión práctica como sujeto, se posiciona sobre la balastrada de la historia y trata, prospectivamente, de divisar el futuro. Este sujeto es un sujeto constituido también por la ideología. Son modos de racionalizar el presente (en las sucesivas explicaciones sobre la crisis de la salud de la sociedad o sobre cómo avanza el SUS), las apropiaciones de la economía política que buscan explicar el momento del Capital (o lo que se denomina, correcta o incorrectamente, neoliberalismo), y lo que podría ser para nosotros —dado el grado de incertidumbre en el presente que dificulta estimar el futuro— una sociedad más justa y democrática.

Producción de sentido

Estos comentarios precedentes se fusionan notablemente en sus planos constitutivos. Por un lado, la interdisciplinaridad no solo reclama el cruce de fronteras, también exige la recreación de los lenguajes de los objetos. Ahora bien, el objeto de esta salud colectiva, que se pretende interdisciplinaria, sería el propio hombre y su realidad, como ya hemos visto. Así es que, en este campo, sujeto y objeto se ven confundidos, pues quien investiga y quien es investigado están dotados de la misma naturaleza. Sabemos también que existe una prohibición doctrinaria en el esquema positivista respecto a este asunto, y decir que sujeto y objeto se ven confundidos ya es, en cierto modo, una herejía. De hecho, en el ámbito específico de esta forma de ciencia, se valora al máximo la disyunción entre uno y otro, aunque sea difícil, si no imposible, de realizar. Hay razones para ello. Siempre se pone como ejemplo de objetividad en la investigación el caso de la astronomía. Es decir, que solo la astronomía podría plantear la proposición del objeto en estado de pura objetivación, ya que es un hecho que no existe ninguna posibilidad de que uno y otro se vean confundidos. Por eso se afirmaba, desde Diderot, que una especie ciega no haría astronomía, porque la condición para evitar la confusión sería simplemente observar. En esta posición, se preservan las naturalezas de ambos, pues el proceso de conocer sería meramente sensorial, es decir, con el uso únicamente de los sentidos. Y, sin embargo, incluso separados como aparentemente se encuentran, sería importante interrogar al astrónomo y conocer sus sueños y proyectos, su lenguaje y su círculo de amigos y colegas de trabajo, de qué hablan entre sí, cómo construyen

el conocimiento de esos objetos, cómo los dibujan, cómo finalmente emergen en la conciencia del investigador y adquieren significado en el grupo de investigación. Estaríamos hablando, al responder estas preguntas, de la subjetividad del científico y de que, ahora internalizado, el objeto de la astronomía será *recompuesto como idea antes de su objetivación*. Por eso, se habla de representación o de cosa representada.

Se hace evidente, a partir de este ejemplo, el movimiento dialéctico que orienta las relaciones sujeto-objeto. El caso de la astronomía es en sí interesante porque lo que se dice de ella es significativo para cualquier otra ciencia. Y aun frente a una objetividad tan formidable, el objeto sigue deslizándose entre los pliegues del pensamiento, en el interior de las contradicciones que se localizan entre el pensar y el actuar. Es verdaderamente estimulante percibir que, más allá de la simple representación del objeto, estamos hablando de su significado, de la producción de un sentido que encaje con los demás sentidos y significados que los hombres en sociedad elaboran constantemente. Los astros del cielo tienen para nosotros, contemporáneos, interpretaciones bastante diferentes de las de nuestros antepasados, y son aún más diferentes si estamos entre yanomamis, yorubas, yoguis o chinos.

Ahora bien, si los discursos de la salud colectiva tratan sobre el hombre, se refieren inmediatamente a la vida del hombre, una vida que entonces debe ser significada. Por ello, junto a la interdisciplinaridad, los proyectos de sociedad y las visiones del futuro son coalescentes. En esta compleja red de relaciones y producción incesante de subjetividad se localiza el tercer componente de esta salud que se imagina tan radicalmente pública. Y si se alejase de esa otra salud tan inespecíficamente pública, sería porque puede incorporar sujeto y objeto del conocimiento en la misma espiral. Es que en el espacio de la salud colectiva ahora el objeto puede hablar y manifestar su voluntad; de algún modo, siempre ha hablado y siempre ha manifestado, independientemente de que lo escuchemos o no. Es el caso mismo de los movimientos populares en salud, de las comisiones gestoras y de los consejos, y también sería el caso de la organización de los enfermos, como observamos con los pacientes crónicos (hipertensos, politransfundidos y otros).

Pero sería sobre todo en el ámbito de los movimientos sociales de carácter amplio donde encontraríamos la manifestación de esta emergencia. Es el caso del movimiento feminista, siempre en permanente conflicto con la disciplina ginecológica. Así, tanto las mujeres como los(as) investigadores(as) de esta correlación específica no solo someten a crítica los procedimientos clínico-gineco-obstétricos (considerados en muchos casos invasivos, abusivos o violentos), sino que también proponen simplemente la reapropiación del cuerpo de la mujer por la mujer, lo que significa el cuestionamiento de las políticas de contracepción —que resultaron en millones de esterilizaciones más o menos *inducidas*— así como plantean la cuestión del aborto, del amor, de la relación hombre-mujer, del matrimonio, etc., y de todo lo que puede interpretarse como relaciones de género; se trata, en definitiva, de discutir y poner en cuestión la propia sexualidad femenina y, en última instancia, la de la sociedad en su conjunto (porque los hombres se vieron, finalmente, confrontados con ellos mismos y con sus fantasmas). De igual manera, podríamos hablar de las numerosas organizaciones de salud mental y de la lucha contra el manicomio,

de los grupos de orientación homoerótica que se formaron en torno al síndrome de inmunodeficiencia humana, del movimiento negro (que en salud se manifiesta con la anemia falciforme o la declaración del color de piel o la etnia en los censos poblacionales, además de otras correlaciones), de las poblaciones indígenas, etc. ¿Y si existiera, como muchas veces se preguntó, un movimiento social de personas con caries que luchara por la salud bucal?

Estas correlaciones deberían llevarnos, ineludiblemente, a considerar finalmente el tema de la libertad humana, que encontraría en el mundo del trabajo y en la *libertad obrera* el punto de apoyo para la liberación de toda la sociedad. Hasta ahora hemos hablado de conceptos, es cierto, pero también hemos hablado de política y de relaciones de poder. Es que parece no tener sentido realizar un trabajo, ya sea de investigación o de asistencia, sin que la conciencia social del trabajador de la salud esté presente e indique que la acción práctica que realiza debe estar orientada hacia la promoción del bien. Esto implica considerar cuestiones como clases y diferencias sociales, equidad, justicia, derechos, acceso, posibilidades, capacidad de información y de decisión, autonomía y vínculo, que los sujetos de esta salud colectiva elaboran constantemente. Por eso, simplemente afirmar la vida sin considerar lo que esta podría ser es poner el accesorio en foco y olvidar lo principal. Pues, ¿de qué vida —y de qué bien— podemos hablar si estamos aprisionados y no podemos decidir sobre nuestro propio destino?

Concluyendo, resaltamos dos posiciones que pueden deducirse del material precedente. Primero, observamos que las prácticas de salud involucran la producción de cuidados. Podemos hablar de la producción de cuidados médicos, de enfermería, odontológicos, etc. También debemos hablar de la producción de cuidados colectivos. Hay un modo de trabajar en estas prácticas que las diferencia unas de otras. Sin duda, todos reconocemos que el trabajo del enfermero no es el mismo que el realizado por el pediatra. Estos profesionales no utilizan los mismos medios ni las mismas técnicas de trabajo. En segundo lugar, debemos observar que *el problema* del enfermero no es el mismo que el del pediatra. Por lo tanto, podemos afirmar que el modo de trabajar en salud es diferente según la cualificación del trabajador y, además, que el problema a ser enfrentado —o la *teoría del problema*— es diferente para cada una de estas categorías. De cualquier modo, aunque diferentes, estas teorías deben ser subsumidas y resignificadas por la salud colectiva.

Es posible ahora pensar que el trabajo odontológico y el trabajo de la salud bucal no son lo mismo. Utilizan medios diferentes (medios diagnósticos y terapéuticos, instrumental y técnicas). También se diferencian por el problema que deben enfrentar y, consecuentemente, por la teoría que deben construir al respecto. Y si el trabajo es diferente y la teoría es diferente, resulta, del mismo modo, que el trabajador de una y otra no tiene la misma cualificación para el trabajo que realiza. La odontología es el territorio del cirujano-dentista. No se hará la misma afirmación para la salud bucal, ya que en este territorio, por lo tanto, no solo deben emerger otros personajes con *funciones auxiliares*, sino, antes y de manera radical, la figura del paciente, es decir, del usuario, de la persona o del sujeto, ese que es el dueño de su propio cuerpo o que debería serlo.

Odontología: aún queda mucho por decir sobre ella

Como práctica social, la odontología debe justificar su existencia. Son bien conocidos los razonamientos de la salud bucal colectiva acerca de la práctica odontológica, y existen controversias sin que se hayan agotado los argumentos. De manera general, la odontología como profesión es criticada por su ineficacia epidemiológica; también se critican su alto costo de producción/reproducción, el elitismo que de ello se deriva y su excesivo tecnicismo. A pesar de todas estas críticas, en términos generales, una *teoría odontológica* se mantiene intacta. Sería conveniente preguntarse si en esas críticas no prevalece más la ideología que la razón. Pues si una teoría se preserva —como lo son las elaboraciones sobre el proceso de enfermedad bucal o las numerosas prescripciones profilácticas que han rodeado a la profesión en las últimas décadas—, ¿de qué serviría criticar los elementos exteriores de la práctica?

Entendamos un poco más este punto. La actividad clínica implica una relación necesaria y específica con un individuo. Es la parte sustantiva de la asistencia, pero no de la atención a las personas, estén enfermas o no (para la diferencia entre atención y asistencia, véase el Capítulo 1 de este libro). Si esta relación llega a ser regulada y controlada por el Estado, es otra historia. El modo en que la clínica concibe al enfermo y a la enfermedad supone reconocer la *positividad* del cuerpo humano y, más aún, que todo lo que constituye la *economía del organismo* se desarrolla según leyes objetivas. La química de la naturaleza y la química del organismo son las mismas; no puede haber dos químicas, era lo que enseñaba Claude Bernard. Por eso, todo cirujano sabe que, guardadas las condiciones normales, la hemostasia se procesa según un número finito de factores, la herida cicatriza en un tiempo cierto y determinado, o que, aplicado determinado agente terapéutico, se esperan ciertas reacciones deseables y también otras tantas indeseables. Precisamente porque se ha establecido en laboratorio el concepto de normalidad fisiológica, se puede, con razonable acierto probabilístico, estimar el curso futuro de las enfermedades (Canguilhem, 1995).

Ante el clínico, finalmente, el cuerpo positivo puede ser operado de manera positiva, es decir, de la manera correcta y segura, el modo en que debe ser. El modo de hacer esto es también un modo técnico. Por eso, las técnicas de intervención serán consideradas tanto más eficaces cuanto más seguras y certeras sean. Muy frecuentemente se afirma que existe una única técnica, es decir, un único modo de hacer las cosas (tan al gusto de cierta pedagogía, dicho sea de paso). Así, la técnica es positiva y quien la aplica, es decir, el técnico, puede ser visto como un *dispositivo de producción de verdades institucionales*. Parece siempre haber un distanciamiento de valor en estas afirmaciones de la filosofía positiva. Es en este sentido preciso, sin embargo, que el técnico se revela como un sujeto político, o un agente de la política, pues, al insinuarse como un productor de verdades, sería su verdad la que estaría siendo anunciada o, más bien, la de la institución a la cual pertenece. ¿No es así como proceden los *técnicos* de la economía? ¿Y no procederían del mismo modo todos los demás *técnicos*, incluidos los de la salud?

Sería de esta manera que el clínico, es decir, el dentista del que estamos hablando, llegara a alienarse del hombre. Porque, entonces, al ser aprehendido como positividad

—y a la clínica no le quedan muchas otras alternativas—, se prescinde de la necesidad de conocer al hombre en su totalidad antes de intervenir en el cuerpo del hombre (Botazzo, 1999b). Si seguimos en esta dirección, no sería posible ninguna actividad clínica. Se trata de decir, bien entendido, el *conocimiento anatómico del hombre*. Es lo mismo si tratamos con procesos telemáticos o mediológicos, bien justificados por la consigna de “conéctelo y úselo”. ¿No es cierto que las operaciones cotidianas con una computadora de escritorio se verían extremadamente dificultadas si el usuario tuviera que recuperar o reconstruir el conocimiento que ese instrumento implica? No lo reconstruye, lo sabemos, ni lo necesita; en este caso, el usuario de una computadora solo necesita conocer el programa y saber utilizar las herramientas para realizar su trabajo. La vida práctica, en fin, la vida de todos los días, los hombres en acción, todo ese vasto proletariado mundial, con sus miles de millones de posibilidades de relaciones interpersonales, que pone en contacto directo e indirecto a miles de millones de seres, que se entregan a miles de millones de actividades prácticas, prescinde o impide que esa reconstrucción se realice. Así, los hombres se ven impedidos de reflexionar sobre el mundo que ellos mismos producen, es decir, de que la verdad de la vida y del trabajo se forme espontáneamente como conciencia (crítica) del hombre que vive y trabaja (Foucault, 1990). Y esta es la condición de posibilidad para la aparición de formas prácticas de alienación. No sería, por lo tanto, desde este enfoque que deberíamos considerar los desaciertos sociales de la odontología.

Acabo de explicar lo que entiendo por clínica y lo que ella es. Estamos en el terreno de las positivities o en el “momento fluido de un proceso” (para acercarnos a Heráclito, Hegel, Marx y Lukács). Existen cosas que son así, estructuradas, en aparente permanencia en el tiempo histórico que tenemos para *experimentarlas* como experiencia concreta. La clínica es una de ellas. Los buitres son otras de estas cosas. Por más que queramos pintarlos de blanco, su naturaleza no se altera, y un buitre pintado de blanco seguirá siendo un buitre, aunque ya no sea solo un buitre. Porque ahora, pintado como está, significa de otro modo y puede, en su alba exterioridad, expresar los deseos y las voluntades de los hombres. ¿Por qué hicieron esto, con qué finalidad? ¿Saldrá en el carnaval o fue para ganar una apuesta? ¿Acabó como un espectáculo televisivo o quedó restringido al ámbito de la taberna? ¿Y por qué se eligió el blanco si podría haber sido pintado con otros colores y, mezclando tonos de verde y azul, haberse definido como un loro? ¿O sería el *buitre pícaro* de Pixinguinha²? Es así. Estas son todas significaciones posibles y podrían pensarse otras aún. Pero si deseamos que el animal sea el animal que es, y no la instalación cultural en la que se ha convertido, entonces de poco sirve que esté o no pintado, un simulacro de sí mismo.

Podemos, entonces, significar esa clínica como queramos o como podamos. Pero no se puede esperar que ella brinde lo que no es de su naturaleza. O, dicho de otro modo, que se le exija un redireccionamiento precisamente en el aspecto donde se

² Alfredo da Rocha Vianna Filho, conocido como “Pixinguinha”, fue un compositor, arreglista, maestro, profesor, flautista y saxofonista negro brasileño. Se convirtió en uno de los mayores divulgadores de *Urubu Malandro*, originalmente una canción popular del norte de Río de Janeiro, cuya primera grabación se realizó en Buenos Aires en 1923.

ve menos capacitada para hacerlo. De hecho, decimos que es científicista (y la condición de la clínica es que lo sea), que es individualista (cuando no puede abandonar esa posición, so pena de dejar de ser clínica), que es biologicista (cuando son estructuras orgánicas las que debe tratar, de lo contrario, sería psicología). Claro que ser científicista no es lo mismo que ser científica (aunque ambos términos se utilizan indistintamente), que ser individualista no es lo mismo que ser individual (y aquí emerge el lado crítico de su política) y, sin duda, biologicista no es lo mismo que ser biológico. Pero aquí se dice que la clínica odontológica solo puede ver el objeto odontológico desde su propio punto de vista. ¿Y no deberíamos antes preguntarnos si sería posible otro? ¿Por qué debería abandonar su propio discurso, el que le es pertinente, y adoptar otro discurso, el discurso de otro sujeto sobre su objeto?

¿Pero entonces, de qué estamos hablando?

¿No debería ser a partir de la clínica, es decir, de sus elementos intrínsecos, que se debería iniciar su problematización? Del clínico se espera que sea competente, es decir, que realice su trabajo con eficacia y proteja al paciente, que no sea grosero, en fin. La cualificación de este trabajador —en todos los sentidos un especialista— requirió un cierto esfuerzo social; su educación es el resultado de procesos colectivos en los cuales participaron miles de personas en miles de articulaciones. Incluso si se toma como una esfera *privada*, esa educación implica una realización pública por su dimensión de *trabajo socialmente realizado* (Schraiber, 1989). Siempre existe una expectativa de ejercicio profesional competente cuando necesitamos la ayuda del especialista. Por eso, aunque no se toleren profesionales groseros o inhabilitados, tampoco se toleraría lo contrario. De nada serviría el trabajo de un ortopedista, por muy sensible o *humano* que sea, si nos deja con las piernas torcidas debido a sus procedimientos ortopédicos. Lo mismo ocurre con cualquier clínica, y queremos de nuestros especialistas lo mejor que pueden ofrecer.

Por eso, sería inútil especular sobre la clínica odontológica si se imagina que lo que es en realidad una determinación es un defecto. Esta clínica debe, no obstante, ser tomada como objeto de investigación por la salud bucal, porque la odontología no puede verse a sí misma en retrospectiva y, desde esa posición, hablar de sí misma. Y no hablará de sí misma, además, porque su método le autoriza a hablar únicamente sobre los dientes y, en cierta medida, sobre la boca humana. No es que la odontología no hable del otro; lo hace, pero precisamente por eso sus discursos sobre el hombre y la vida del hombre en sociedad no son más que un simulacro, y de estas fábulas resulta la odontologización de las cosas y las personas. No puede haber una odontología de la odontología, así como no hay una biología de la biología. Esta posición de investigación pertenece a las ciencias humanas. Así, puede haber una psicología o una sociología de la odontología, tanto como hay una sociología de la economía o una filosofía de la biología.

Es, por lo tanto, desde un lugar no odontológico que se puede hablar de la odontología y, finalmente, podrían destacarse dos o tres aspectos más.

Podríamos especular si nuestro error no estaría en considerar la univocidad de la odontología. Así, no sería porque la odontología es lo que es, es decir, por los elementos prácticos de su clínica, sino porque no se presenta públicamente, lo

que provoca nuestras reclamaciones. Por eso, se ha afirmado que es elitista, ya que parece que solo las élites pueden acceder a ella o pagar los honorarios de un profesional. Ahora bien, este punto de vista es compartido por personas en una amplia gama del espectro ideológico-político actual, y no es casualidad que gente bienintencionada (aunque ingenua) proponga una especie de *proletarización* de la práctica. Han olvidado que esa proletarización ya se llevó a cabo y que clínicas *populares* (de terrible apariencia) proliferaron en los puntos de embarque o en las plazas de las grandes ciudades brasileñas. Pero la odontología —quiero decir, todos los cirujanos-dentistas— no puede deliberar por sí misma y volverse *pública* en un simple gesto de buena voluntad autopracticado. Es cierto que siempre se ha dicho que la odontología era para pocos y ricos, y eso desde los tiempos en que el oro era el material *superior* para la restauración protésica. Recordamos incidentalmente la frase de un dirigente local que se jactaba de ese *elitismo* al afirmar, en contra del movimiento de renovación odontológica en los años ochenta, que “ini en la Rusia Soviética la odontología había sido socializada!” No es la odontología la que delibera el lugar que va a ocupar, sin embargo, sino la sociedad y, en última instancia, el poder del Estado el que indica ese lugar. Por eso, valdría la pena interrogar al Estado o a la sociedad para saber hasta qué punto los discursos odontológicos están legitimados. Esa legitimación podría indicar los motivos de las resistencias que frecuentemente encontramos en los servicios públicos de salud e incluso en ciertos sujetos de la salud colectiva.

De cualquier modo, faltaría medicina o faltaría clínica a esa clínica, y esa interinidad es igualmente ausente en los protocolos de investigación. No sabemos qué ocurre en el interior del consultorio odontológico. Los gerentes de los servicios públicos tienen cierto control sobre lo que sucede en su ámbito, pero se desconoce por completo las condiciones prácticas (diagnóstico, elección de procedimientos quirúrgico-restauradores, prescripción terapéutica, resolución y seguimiento, cadena aséptica, etc.), así como las relaciones corporales que ocurren en los consultorios privados. Quizás, y como consecuencia, la privacidad de la odontología sea tan cerrada que solo la vivencia íntima —nuestra vivencia íntima, en última instancia, con nuestra propia boca— nos permitiría hablar de esa relación. Es, finalmente, *nuestra experiencia privada* como *pacientes de algún dentista* lo que nos permitiría recuperar esa experiencia para nosotros, pero jamás ha alcanzado el estatus de objeto de investigación. Los relatos recogidos aquí y allá, no obstante, permiten considerar que sufrimos en manos de los dentistas. Valdría la pena, por ello, considerar la doble relación entre el desgaste bucodental crónico y la permanente asistencia dental a la que estamos sujetos, ambas propias de la vida adulta. Y si juzgamos que la práctica odontológica es inductora de mutilaciones, es la calidad tanto técnica como social de esa asistencia la que deberá ser cuestionada.

Por último, y esto no deja de ser perturbador, la salud bucal no ha elaborado otro discurso sobre los dientes y la boca de las personas y se mantiene excesivamente circunscrita a los conceptos nosológicos de la odontología. A pesar de que una teoría de las enfermedades dentarias, obligatoriamente biológica, sea criticada por los estudiosos de la salud bucal (con toda la complejidad de las explicaciones sobre el proceso salud-enfermedad y su determinación social), el modo práctico

de organizar la relación con el usuario de los servicios indica la legitimación de los contenidos de la primera y, de igual manera, la investigación se orienta por la misma vertiente. Pero es que la salud bucal debería pronunciar otras verdades sobre la boca de las personas, diferentes de las derivadas de esa nosología. Sus explicaciones sobre el proceso salud-enfermedad aparecen frecuentemente contaminadas por restos de teorías bacterianas y, aunque intentemos *revolucionariamente* adaptarlas, el hecho es que se encuentran reducidas al mismo espectro planteado por la cariología. Esto se refleja en los trabajos académicos, en las disertaciones y tesis, incluso en aquellas que se acercan a las ciencias humanas (movimiento de aproximación bastante prometededor que se observa como tendencia en los últimos años).

No sería, por tanto, inusual preguntar: ¿es verdad que la caries es una enfermedad y, además de eso, infecciosa y transmisible? ¿Y sería más cierto que es una enfermedad sacarosa-dependiente (es decir, una enfermedad metabólica)? Y, si es así, ¿basta con corregir el metabolismo y la dieta? ¿Y sería, otra vez, la enfermedad de un solo tejido, en cumplimiento de las reglas de división de la patología, o se trataría de una *descomposición dentaria* indiferenciada que se insinúa como una excepción? ¿Y seguirán siendo los dientes considerados en su aislamiento individualizado o debería interesarnos toda la dentadura humana y, en su totalidad, la articulación de la boca? Que no se extienda este interrogatorio al infinito ni enfrentemos demasiados dilemas filosóficos. En el nivel de la profilaxis pública, estas cuestiones se abordan de manera sencilla: un cepillado supervisado, un enjuague con oligoelementos, la formación de buenos hábitos en los niños y las madres, así, simple y tranquilamente.

En este punto se desvanecen las grandes pretensiones teóricas, así como los cálculos intrincados, porque todos terminamos odontologizados. Resurge liberada en el interior de las nuevas políticas y prácticas la afirmación técnica de lo correcto, de lo que siempre ha sido.

Y todo esto se mantiene porque aún no se ha formulado la pregunta que se resiste a ser hecha: ¿qué es la caries, ese fantasma milenario e invariable? ¿Qué es esta instalación nosopolítica o este constructo socio-histórico que autoriza todos los discursos odontológicos? No sería difícil ver que la caries es hermana siamesa de la placa bacteriana. Hablar de caries es ya hablar de esa estructura socio-parasitaria: no se puede ir con una sin que la otra la acompañe. Es a través de ellas, por lo tanto, que debería iniciarse el cuestionamiento de la odontología, la problematización de su práctica y sus creencias, historizarlas, en fin, verificar cómo fueron producidas y llegaron a ser lo que son. De su pertinente cuestionamiento es de donde pueden emerger los discursos de la salud bucal colectiva, la legítima afirmación del propio territorio en el cual deben depositar sus enunciados.

Capítulo 11

Nuevos enfoques en salud bucal: La cuestión de la integralidad

No es exclusivo de la salud bucal discutir la integralidad de sus servicios o prácticas, pero debemos distinguir una cierta particularidad que encontramos en este segmento específico de las prácticas de salud¹. Por lo tanto, se debe considerar la cuestión de la integralidad en su aspecto general y luego en su particular, ya que las prácticas en salud bucal son poco propensas a tal ejercicio, que implicaría comprender a su paciente y proponer atenderlo por entero en sus necesidades de salud. Si ya tiene dificultades para hacerlo en las *necesidades dentarias*, ¿qué podemos decir del resto?

En los programas de control de la caries dental, una enfermedad predominante, en su forma básica, entre niños y adolescentes, y que está casi al borde de su erradicación, se podría decir que la visión integral del problema es posible de visualizar porque las políticas de salud bucal han sabido combinar medidas individuales y colectivas en varios matices. Ejemplos de esto son la fluorización de las aguas de abastecimiento público y los procedimientos colectivos que se han expandido enormemente en la última década.

Pero la insistencia política en este enfoque, que ha perdurado por más de un siglo, desde la inauguración de los servicios públicos de salud en nuestro país a finales del siglo XIX, dejó en la sombra otras particularidades del proceso de enfermedad bucal que solo ahora, con la desoclusión del horizonte por el declive de la caries, han pasado a ser observables y motivo de creciente preocupación en las intervenciones de los formuladores de políticas.

Así, la salud bucal aún está por cumplir una de las consignas más importantes de la Reforma Sanitaria, que es, junto con la universalidad y la equidad, la de la integralidad. Juntas, estas metas son extremadamente desafiantes, ya sea desde una perspectiva epistemológica, en la organización del trabajo en salud o en las prácticas de los servicios.

Esto se debe al carácter bastante restrictivo del ejercicio de su clínica en el SUS. Si antes se podían concebir límites a la asistencia odontológica universalizada, con

¹ Comunicación presentada en el Congreso de la Asociación Brasileña de Odontología, Río de Janeiro, el 15 de julio de 2005. Se presenta, por primera vez y de manera sucinta, la perspectiva de la integralidad, señalando los obstáculos aún presentes en la práctica odontológica que impiden o dificultan la implementación completa de la propuesta de cuidado integral en salud bucal. Publicado originalmente en *Novos rumos em saúde bucal: os caminhos da integralidade*, (Garcia, 2005, pp. 43-47).

amplio acceso de los ciudadanos a las tecnologías diagnósticas y terapéuticas — porque se daba prioridad a las prácticas profilácticas, cuyo impacto se mide con el conocido índice CPO-D, ahora la salud bucal se encuentra en la necesidad de reorganizar su clínica al darse cuenta de que los límites o restricciones programáticas concebidos décadas atrás se adecuaban a aquellas políticas de salud organizadas por el sanitarismo campañista, anteriores a la Reforma Sanitaria.

En la actualidad, aunque la profesión sigue imaginando que su rol en el ámbito público debe ser el mismo al que se ha acostumbrado desde hace décadas —es decir, la constante educación odontológica dirigida a mujeres y niños—, sectores de la profesión consideran el momento de ampliar su perspectiva, deseando expandir su trabajo clínico. Sin duda, este movimiento se enraíza en el interior de los servicios, lo que quiere decir, en el ámbito del SUS. Nuevamente, surgen los conflictos de una categoría profesional que se ha mantenido alejada de los problemas de salud de la sociedad y alienada de sí misma.

Ampliar el trabajo clínico sería parte de este esfuerzo en el camino hacia la integralidad. Hay dos cuestiones que deben plantearse y que parecen estar articuladas con este propósito. La primera se refiere al espacio reservado para este trabajo clínico integral, y la segunda, a las posibilidades de intervenir de manera integrada en los determinantes de las enfermedades bucales, antes de preguntarnos si son susceptibles de ser comprendidos por separado.

En cuanto al primer aspecto, se podría deducir de la práctica odontológica su formidable fragmentación, al punto de que nadie consigue recuperarla y presentarla en su totalidad. Se ejerce de acuerdo con las disciplinas que se presentan en la escuela de odontología y luego se reproducen en el ejercicio profesional: dentística, endodoncia, periodoncia, implantología, ortodoncia, etc.

Los eventos en la escuela y los que se observan fuera de ella, en la dispersión de la práctica privada de los dentistas, coinciden en todo. El primer problema es, por lo tanto, la reproducción del esquema corporativo en los servicios públicos. Basta con observar para concluir que los mejores servicios se organizan según el mismo criterio. Esto se vuelve problemático para los equipos, ya que pronto se concluye que, tal como está organizado el trabajo clínico, el cuidado del paciente resulta fragmentado, lo cual es contrario a las directrices del SUS.

Aquí se trabaja con la perspectiva de que el cuidado integral puede ejercerse en la esfera de la actividad clínica y limitarse a ella. Esta es una de las acepciones posibles cuando se trata el tema. Nunes (1995) sugiere que la integralidad podría consistir en buscar mantener (o tener) el cuerpo intacto, entero o íntegro, y que la actividad del clínico sería lograr el retorno a ese estado.

Desde esta primera visión, la integralidad no podría ser tarea de un sujeto en actividad aislada, sino que sería una *función colectiva*, y solo la colaboración de tantos especialistas podría ser la expresión de una *política*.

Pero incluso siendo limitado, como parece ser el trabajo clínico, la salud bucal aún necesita dar este paso, por lo que consideramos socialmente necesario el rescate integral de sus tecnologías en el ámbito de las prácticas colectivas. En este locus, deben ser resignificadas.

Si consideramos el sufrimiento humano y que las personas que sufren buscan formas específicas de cuidado, también debemos suponer, como piensa Camargo Júnior, que antes de buscar a un médico que formule un diagnóstico, el sujeto ya se considera en la condición de paciente. Es, entonces, a partir de la percepción de este sufrimiento “...en la interacción con los códigos culturales para su comprensión y presentación, y con los recursos tecnológicos disponibles, [que] surge la demanda por servicios de salud” (2003, p. 38).

Esta interrelación, la demanda junto con la oferta de atención y asistencia, se produce dialécticamente. Sin embargo, el autor nos recuerda que el énfasis exagerado en la necesidad de cuidado puede conducir al predominio de un enfoque biológico del proceso salud-enfermedad, desde una perspectiva fragmentada y fragmentadora, debido a la jerarquización implícita de los conocimientos y del ejercicio del poder en la relación entre especialistas. Según Camargo Júnior, esto se deriva de las características de la formación médica, que ideológicamente supone la práctica liberal privada como el horizonte a alcanzar, con la carga tecnicista que rodea tanto la enseñanza como la práctica. Esta característica tecnicista se manifiesta en la preocupación por el procedimiento tecnificado (procedimiento *correcto*) y en la dependencia de equipos e instrumental. Estas características son las mismas que se observan en la práctica odontológica.

Eso es lo que se denomina paradoja, porque para el autor la “noción de integralidad surge de una laguna, un vacío”, y esa paradoja se revela al constatar que las prácticas de salud acumulan una cantidad formidable de procedimientos, técnicas, equipos —en fin, posibilidades de realizar el diagnóstico de manera satisfactoria y proponer terapéuticas—, y al mismo tiempo, el paciente surge *reificado*, alienado por los servicios en la condición de “vehículo” para el ejercicio profesional. La tecnificación del cuidado, bajo el argumento de eliminar el sufrimiento, es paradójica. Esto se debe a que, al hacer esta maniobra, se elimina de la escena al propio paciente. Así, la integralidad emerge como un ideal regulador, expresado en un conjunto de procedimientos médicos protocolizables “cada vez menos atentos, por lo tanto, a las expresiones individuales de cuidadores y cuidados”, para los cuales el sufrimiento debería retomarse como categoría central.

En el otro extremo, y distanciándose en la dimensión clínica, podemos pensar que la integralidad, es decir, el hombre entero o intacto del que hablaba Nunes, este hombre íntegro en su totalidad, es un producto social de difícil realización en la sociedad capitalista.

Esto se debe a que la vida social genérica, como resultado de la división social y técnica del trabajo, implicando necesariamente la división del objeto, abarcará también la división del trabajador, es decir, del hombre cotidiano. Este dispositivo de producción extiende sus efectos en todas las direcciones y sobre todos los organismos sociales o posibilidades de existir, objetivamente y subjetivamente hablando. Así, sería de difícil realización, a través de la salud, la recuperación de este hombre entero, porque implica la superación de dicotomías que han estado presentes en la vida humana durante mucho tiempo: mente y cuerpo, trabajo manual e intelectual, productor y consumidor, riqueza producida y disfrute de la riqueza, entre otros.

Estos eventos poderosos colocan inicialmente al especialista en salud en una posición polar frente al paciente o usuario de los servicios. De esta fragmentación, que afecta tan formidablemente al paciente, no escapa el profesional de la salud, quien surge fragmentado en su existencia, y esto desde los primeros pasos en el camino de su específica cualificación, como observó pertinentemente Schraiber (1989).

Concluyendo, una práctica clínica integral es deseable como ideal para el equipo de salud bucal, porque el trabajo del dentista es naturalmente fragmentado. Hay mucho por avanzar en este aspecto, incluso sabiendo que “las aproximaciones denominadas integrales o integradoras también corren el riesgo de sancionar intervenciones normalizadoras indeseables” (Camargo Jr., 2003).

Sin embargo, este es un defecto del que no se libran las prácticas de salud bucal en su actual enfoque puericultor. La necesidad del especialista y del cuidado integral tendrían que enfrentar la resignificación del acto clínico y luego la resignificación de la relación paciente-profesional, vista no como una relación de tipo jerárquico, sino como una relación entre ciudadanos,

...solo posible en la práctica de sujetos que cuidan de otros sujetos, desde una perspectiva ética y emancipadora [...] es de esta manera, en el cotidiano del ejercicio de prácticas terapéuticas informadas y equipadas desde el punto de vista técnico y teórico, pero sin estar dominadas por estos, que se construye la integralidad deseada. (Camargo Jr., 2003, pp. 42-43)

Capítulo 12

Pensando la integralidad de la atención y la producción del cuidado en salud bucal

Perspectivas teóricas y posibilidades prácticas para la clínica odontológica a la luz del concepto de bucalidad

El Sistema Único de Salud brasileño ha planteado a la Salud Bucal Colectiva un conjunto de desafíos que cada día se vuelven más relevantes y cuya superación se torna más urgente¹. Entre estos, uno de los más destacados se refiere a la escasa cobertura de la población debido a la limitada oferta de servicios públicos odontológicos. No solo por eso: incluso en las ciudades que disponen de una razonable asignación de recursos, la incidencia de procesos de trabajo obsoletos y la escasa presencia de personal auxiliar en el equipo comprometen el trabajo clínico, impiden el pleno desarrollo de la competencia diagnóstico-terapéutica del dentista y reducen su capacidad productiva.

La orientación política de la salud bucal, a partir de 2003, se caracteriza por un notable esfuerzo técnico, con una asignación de recursos financieros sin precedentes, y el simple hecho de haberse dispuesto a organizar la Atención Primaria a la Salud y ampliar la oferta de procedimientos de media y alta complejidad ha tenido como efecto estimular a los sistemas locales en la búsqueda de una mejor organización del trabajo.

Estos desafíos, sin embargo, continúan pasando de largo para el aparato formador. A pesar de que el currículo odontológico tiende a incorporar nuevas perspectivas pedagógicas y a formar un profesional más comprometido con las demandas

¹ Publicado originalmente en *Salud bucal colectiva: implementando ideas, concibiendo integralidad*, (Lopes, 2008, pp. 3-15). Este ensayo recupera el tema preliminarmente desarrollado en 2005 acerca de la integralidad (véase el Capítulo 18 de este libro). Parte de la premisa de que la formación del estudiante de Odontología sigue siendo bastante tecnificada, con énfasis en la habilidad manual y con el cuidado bucal aprendido de manera fragmentada. Por ello, se convierte en una tarea compleja poner al alumno ante la posibilidad de la producción del cuidado integral en salud bucal.

sociales, el núcleo “duro” de la formación odontológica permanece intacto, y dentro de él opera el *currículo oculto* que tiende a oponerse ideológicamente al Sistema Único de Salud y a la Reforma Sanitaria, ya que mantiene el enfoque centrado en los dientes en la formación del dentista, con énfasis en el adiestramiento técnico y el consumo tecnológico, y, al mismo tiempo, promueve el proselitismo del consultorio particular. Además, docentes influyentes profesan abiertamente la opinión de que los *problemas* del SUS no son de incumbencia de la enseñanza odontológica.

De este modo, la formación del alumno resulta bastante fragmentada, pues a la fragmentación de las disciplinas y áreas del conocimiento se suma la imposibilidad —debido a la presión de los departamentos clínicos— de que la salud colectiva pueda conducir procesos pedagógicos integrales, viéndose obligada a restringirse a los aspectos sociales que le serían inherentes.

Así, se convierte en una tarea compleja poner al alumno ante la posibilidad de la producción del cuidado integral en salud bucal. Este capítulo tiene como objetivo discutir esa posibilidad, comparando posiciones y buscando argumentos válidos que esclarezcan los aspectos relevantes que rodean tal producción. Toma como categorías de análisis la integralidad, la clínica y la clínica odontológica, la salud bucal y la odontología, y, finalmente, la bucalidad. A través de ellas, será posible pensar en nuevos procesos en la asistencia al paciente bucal, este trabajo de cuidar que es una dimensión esencial de la práctica, sin la cual la integralidad no se realiza. Al final, podremos verificar si estamos cerca o lejos de tal perspectiva. Se espera que esta discusión interese tanto al alumno de odontología como al clínico. Las categorías serán didácticamente reconstruidas para facilitar el entendimiento y hacer menos complicada la formación de significados prácticos para el lector.

La producción del cuidado integral

Integralidad, inicialmente, se refiere a la salud, ya que esta palabra, en griego y latín, quiere decir más o menos “salvado, entero, intacto” (Nunes, 1995).

No deja de ser instigante (y necesario) discutir el enfoque integral del paciente en una sociedad que cada día produce más sujetos fragmentados, y cosas, procesos, situaciones, organizaciones, políticas, soluciones e intervenciones cada vez más fragmentados. La responsabilidad de esta situación, en muchos casos, se atribuye a la *ciencia cartesiana* y al racionalismo occidental. La ciencia fragmentaría los fenómenos, objeto de su conocimiento y, para explicarlos mejor, recurriría exhaustivamente al análisis, que significa, literalmente, “romper, dividir”. Occidente sería racionalista porque desconoce o no incentiva las emociones, innecesarias o impertinentes para la vida productiva en sociedad. La mente debería preceder al corazón, el cálculo a la comprensión, y la posesión de bienes materiales a la posesión de bienes espirituales. Además, la superespecialización de las actividades humanas reforzaría aún más estas tendencias (Luz, 2022; Pinheiro & Luz, 2003; Mattos, 2001).

Los efectos de tal proceso en la salud son bien conocidos. Para la medicina, el hombre no sería más que una colección de órganos, y su enfermedad sería siempre una alteración objetivamente localizable. Restablecer la función es restablecer la función del órgano, y a esta línea racional de pensamiento le sigue una terapéutica igualmente racional y objetiva. En esta dimensión, desaparece el hombre enfermo, apareciendo solo la enfermedad, desconectada de cualquier contexto social, cultural o espiritual. De este modo, la medicina científica occidental padecería del mismo mal que afecta a la sociedad en la que se desarrolla: el de ser también racionalista y objetivista, es decir, positivista.

En contraposición a este estado de cosas, se buscan enfoques alternativos de la enfermedad y del hombre enfermo. El énfasis, a menudo, recae en la medicina oriental, como la china y la *ayurvédica*. Estas medicinas se consideran más integradoras, ya que comprenden la enfermedad del hombre como vinculada a él mismo, quien es un todo en el que cualquier parte alterada afecta al cuerpo entero, y no solo *al órgano*. De manera similar, la terapéutica oriental o alternativa sería menos agresiva para el cuerpo del hombre enfermo, generalmente sin los efectos perjudiciales de la alopatía, y donde el tratamiento sería el resultado del encuentro entre el enfermo y el terapeuta.

Cuando se discute la producción del cuidado integral en salud, estos son algunos de los primeros significados que encontramos en la literatura. Sin embargo, terminan reduciendo la complejidad del enfermar y del sufrimiento humano dentro de la relación médico-paciente, aunque esté dotada de otra racionalidad. De hecho, la cuestión —la de la fragmentación de la sociedad y del hombre en ella— permanece sin resolver porque se elude la respuesta al por qué y cómo enferman los hombres, y la manera en que enferman, dando énfasis solo a *cómo podrían ser mejor tratados*. No es poca cosa, nadie lo duda, pero el concepto de integralidad debe involucrar otros factores más allá de los terapéuticos. Además, es ampliamente sabido que el conocer, conocerse a uno mismo, tener conciencia de la propia existencia, saber cómo somos (fuimos) producidos, cómo existimos en el mundo, y existimos en relación —porque existimos en sociedad y con el otro—, poder el propio sujeto interrogarse cómo es para sí y, siendo el caso, interrogarse cómo se produjeron en él los signos y síntomas de su bienestar (o malestar), es una posición que, además de generar conocimiento fecundo, también es un medio terapéutico poderoso. Y esto lo encontramos en la filosofía, en el psicoanálisis y en la economía política (Foucault, 1985).

En la dimensión que estamos tratando, sin embargo, debemos avanzar por etapas. Primero, debemos considerar que la integralidad tiene múltiples dimensiones y que pocas se realizan en la salud, o son susceptibles de concretarse en los servicios o en la actuación del profesional de salud. Esto, si consideramos que la integralidad se refiere a ese hombre entero, íntegro, intacto, salvado, y entonces debemos admitir que al pensar en el hombre enfermo debemos pensar en la sociedad, que es la productora de todas las formas de fragmentación y de la fragmentación del hombre en ella.

La sociedad contemporánea, industrial y capitalista —o posindustrial o posmoderna, como se prefiera— es una sociedad que “disuelve todo lo sólido”, una sociedad en la que nada permanece en pie, destruyendo hoy lo que se construyó ayer, que

disuelve todos los conceptos y creencias antiguas, que cambia y transfigura las relaciones familiares y las demás relaciones que el hombre mantiene consigo mismo y con la naturaleza (Berman, 1992). Además, la sociedad actual crea dispositivos de *convencimiento* e implementa políticas de pacificación, que buscan obtener conformismo y la *docilización* de los cuerpos, porque se ocultan a los hombres la verdad de su existencia y las verdaderas causas de su malestar (Foucault, 1990; 1991). Hay pobreza y miseria en el mundo, hay guerra y destrucción, hay explotación, incomodidad y alienación. Las personas trabajan más de lo que deberían y reciben menos de lo necesario, hay desarraigo cultural y social a través de grandes flujos migratorios, y aún muchos millones de hombres y mujeres en todo el mundo ni siquiera logran trabajo ni tienen un modo regular de ganarse la vida. Los incluidos en la vida productiva se mantienen en un opresivo silencio político —la inclusión perversa de la que habla Martins (2002)— porque en cualquier momento pueden perder lo poco que han logrado de *inclusión* y deslizarse hacia los recovecos de los vastos territorios que constituyen el mundo de los *excluidos*.

Así, en un primer momento, producir o mantener a un hombre entero es una tarea que va mucho más allá de las posibilidades del aparato productor de servicios de salud. Antes bien, es algo que se inscribe en el terreno de la utopía. Aun con esta enorme restricción, para muchos es deseable y posible un enfoque más *integrador* cuando se trata de proporcionar cuidados de salud a individuos o grupos. No es casualidad que, cuando se habla de cuidado integral, surja el concepto de promoción de la salud. Hoy en día, este concepto está bastante limitado a la esfera clínica, y promover la salud generalmente significa proporcionar una buena asistencia individual, así como educar al paciente y prevenir enfermedades. Todo esto ocurre en el espacio de las unidades de salud y, en el mejor de los casos, va un poco más allá, pero siempre dentro de un territorio adscrito. Sin embargo, la buena promoción de la salud tiene originalmente que ver con la vida social en general, y antes, en la década de 1920, fue pensada como el *desarrollo* de la buena salud, y luego, casi cincuenta años después, es que surgió el término *promoción* (Leavell & Clark, 1976; Botazzo, 2008).

Desarrollar es diferente de promover, y aun así el concepto de promoción, en Leavell & Clark, no tiene el sentido que usualmente se emplea hoy en día. Para estos autores, y a pesar de que hayan hecho tal sustitución, la buena salud será promovida (y no *desarrollada*) a través de una renta adecuada, educación, transporte, vivienda, información, condiciones agradables de trabajo, etc. Cuanto mejor y más positiva sea esta disposición, más influirá en que el hombre saludable permanezca como tal, en un escenario concebido como de pre-patogénesis —es decir, todo lo que es más escaso y menos gobernable por la salud—, aun faltando incluir en esta lista la democracia, la libertad y una buena vida amorosa. A pesar de esto, ellos admiten la relación entre la salud y la enfermedad como un proceso *naturalmente* determinado, porque es como si dijeran: dadas ciertas circunstancias, es *natural* que las personas enfermen de esto o aquello. Incluso con estas restricciones, están hablando de un proceso social.

Contrariamente a lo propuesto por Leavell & Clark, entre nosotros la promoción de la salud, desde los años 1990, se enfoca en las prácticas de los sujetos y ya no en los

procesos sociales. La fuente de este cambio conceptual se encuentra en el Informe Lalonde. Marc Lalonde era ministro de Salud de Canadá cuando, en 1974, pensó que los elevados costos de la atención médica podrían reducirse si se implementaban acciones educativas y de promoción que condujeran a los sujetos a cambiar sus comportamientos de riesgo. Él admitía que la libertad de las personas para hacer lo que quisieran con su cuerpo y con sus vidas no debería sobrecargar los servicios asistenciales; así, la buena promoción debería enfatizar o inculcar en los individuos hábitos saludables, estuvieran enfermos o no, y de preferencia antes de que lo estuvieran (Lalonde, 1981). El producto más evidente de este Informe fue la reorganización de los servicios de salud canadienses y la emergencia de la medicina familiar (una de las bases de nuestro Programa de Salud de la Familia).

Aquí nos encontramos con una confrontación entre dos perspectivas políticas:

- **Integralidad en salud vista desde la óptica de la determinación social del proceso salud-enfermedad:** esta perspectiva implica discutir al hombre y la sociedad en la que vive.
- **Integralidad como acción social y técnica orientada hacia las prácticas de los sujetos:** en la práctica, esta perspectiva realiza un recorte, y las cuestiones estructurales de la existencia terminan siendo eludidas.

Clínica y clínica odontológica, salud bucal y odontología

Sin duda, hoy en día se ha vuelto conveniente pensar el proceso salud-enfermedad sin ir mucho más allá de los límites inmediatos del cuerpo del sujeto enfermo. Pero, ¿no sería posible, entonces, realizar el cuidado integral en salud?

Inicialmente, debemos pensar que, abstractamente, la integralidad es una función colectiva. Es decir, no se realiza en un solo lugar ni en un solo momento. Siendo una abstracción y una realización colectiva, esto permite aliviar la carga que pesa sobre los servicios y los profesionales de salud. También permite entender que la integralidad no existe *a priori*, sino que es un movimiento y una lucha política, una lucha por la integralidad de la vida que involucra a los sujetos en el día a día de sus existencias. Esta perspectiva también está presente en el cotidiano de los servicios de salud.

Recordemos: un servicio de salud, como parte de un sistema general, es una unidad productora de cuidados, un lugar donde se procesa un cierto trabajo que contiene los elementos necesarios para realizar ese trabajo, llevado a cabo en tiempos, ritmos, propósitos, disposiciones y técnicas socialmente instituidos. Allí están el trabajador de la salud y el paciente con su queja. El trabajador de la salud se despliega en las diferentes especialidades y cualificaciones, y el paciente con su queja

también se desdobra en el contacto con el especialista, según las diferentes formas de su enfermedad (Capítulo 3 de este libro).

Son actores en situación, tanto quienes demandan como quienes ofrecen servicios, con sus prácticas cotidianas, percepciones y necesidades. Este cotidiano “representa un espacio de luchas, de ejercicio de poder, entendido aquí no como un objeto natural, una cosa, sino como una práctica social influenciada por las prácticas sanitarias y políticas” (Pinheiro, 2001).

Aquí debemos entender que no se trata, como actores en situación, de la relación unívoca de una misma categoría profesional o una misma cualidad de trabajador de la salud. Sin duda, existen numerosas diferencias entre los trabajadores de la salud. Sin embargo, dialogan en el cotidiano de los servicios y en las sucesivas esferas o instancias de gobierno, expresan políticas y arreglos programáticos que implican desde la formulación de políticas hasta la planificación sectorial del conjunto de la salud. Por ello, deberían ser vistos no solo con sus percepciones individualizadas, sino en la relación que mantienen unos con otros.

El lugar donde ocurre la vida de una institución de salud es, sin duda, un espacio social, pero forma, antes que nada, un colectivo, es decir, un locus productor/producido, objetivo y subjetivo, porque los trabajadores están allí con sus ejercicios de poder y juegos de subjetividad, pero, ante todo, están allí para realizar un trabajo, una acción práctica (hablando objetivamente). Así, nunca resulta que estén o actúen de manera aislada.

En el caso de la salud bucal, paradójicamente, se puede observar este supuesto aislamiento de un actor social en la percepción de su vida cotidiana. El hecho es que el cirujano-dentista conversa poco —¿percepción sin lenguaje?— con otros profesionales cuando está en la unidad básica, tanto como el responsable de la salud bucal a nivel central conversa poco con sus colegas planificadores. Los aparatos y las vísceras del resto del cuerpo parecen comunicarse entre sí con más facilidad que la boca, la cual es *locuciones organorum* por completo, ya sea en el plano asistencial o en el de la formulación de políticas. Diálogo clínico en la atención directa, diálogo técnico en la coordinación, autonomía de la salud bucal de arriba a abajo.

Esa autonomía puede no ser deseada ni ser recomendable ese aislamiento, por lo que será útil examinar algunas primeras limitaciones al ejercicio de una práctica integral en salud bucal.

Cuando los dentistas en las unidades básicas y centros de especialidades comienzan a conversar entre sí —entendiendo mejor su objeto y extendiendo los límites de su actuación clínica—, también inician conversaciones con otros profesionales en el entorno cotidiano en el que trabajan, lo que se convierte en un diálogo entre la clínica odontológica y otras clínicas y prácticas de salud. En ese momento, el dentista comprende mejor su objeto y amplía los límites de su actuación clínica, ya que puede comprender clínicamente el caso en su totalidad. Al ampliar su práctica clínica, también amplía las posibilidades de lograr una mayor integralidad en el cuidado bucal de su paciente. Este sería uno de los significados de la integralidad que surgiría de tal ampliación, en una dimensión esencialmente clínica.

De manera análoga, el dentista de salud pública, es decir, aquel que formula políticas de salud bucal, debería formularlas y realizar sus tareas de planificación en correspondencia con las demás políticas y con otros formuladores y planificadores, pero usualmente no lo hace. A veces, comprende su objeto de manera restringida, es decir, aún bastante centrada en lo dentario, y la consecuencia política de esto es también mantenerse “dentariamente” restringido en el ámbito de su intervención institucional. En los casos en que el dentista de salud pública manifiesta un dominio ampliado de su objeto, sin embargo, no siempre logra ampliar los límites de su intervención política y técnica. Este sería otro de los significados de la integralidad, en su dimensión esencialmente política.

La integralidad clínica tiene correspondencia con la integralidad de las políticas. Estas se cruzan en la red de servicios de salud, en los modos en que se conciben los problemas de salud bucal de la población y en la manera en que se organiza el trabajo odontológico o, de manera más amplia, el trabajo de salud bucal. Si hay personal auxiliar en el equipo, si es proporcional, si hay técnicos y no solo auxiliares y agentes, si el acceso es universal, si se realiza un diagnóstico bucal de rutina en la red básica, si los procedimientos colectivos e informaciones sobre la buena salud están disponibles para todos, si se garantiza el respaldo ambulatorio, hospitalario y laboratorial en los casos requeridos, si los dentistas disponen y utilizan la historia clínica única y si su agenda es pública, si pueden discutir su caso clínico con otros especialistas dentro y fuera de la unidad donde trabajan, esos factores dependen de las políticas de salud y de la educación profesional y determinan otro de los significados de la integralidad.

La red formada por estos tres ámbitos permitiría pensar en la integralidad y comprender los entrelazamientos de la salud con sus determinantes sociales, o con los modos en que hombres y mujeres viven la vida en sociedad, modos socialmente determinados de vivir la vida. Donde tengamos una sociedad generosa, con empleo e ingresos, educación, vivienda, alimentación, transporte, vestimenta, acceso al ocio y a la cultura, abundancia de oportunidades para el desarrollo de una subjetividad fecunda, condiciones agradables de trabajo y libertad para el amor, que propicie más integralidad cotidiana a sus miembros. Si una sociedad así existiera, sería un producto humano, un producto del trabajo humano. Y si sus productos fueran considerados satisfactorios, entonces tendría que garantizarse la permanencia de las condiciones de posibilidad para la generación de esos efectos beneficiosos, es decir, tales condiciones deberían ser reproducidas. Por eso, la integralidad —teniendo que ver con la vida social en general y siendo un efecto colectivo— se articula con el movimiento de producción/reproducción de la sociedad (Samaja, 2000; Mattos, 2001; Nunes, 1995).

Es necesario preguntar si la práctica y la profesión odontológicas han permitido el ejercicio de estos significados y si su proyecto político incluye esta visión de sociedad. La respuesta es negativa, y existe abundante literatura sobre este *fracaso* social y epidemiológico. Pensada como salud bucal, sin embargo, la situación se modifica, porque la salud bucal es salud colectiva y, en esta condición, se sitúa en

el núcleo de las relaciones entre salud y sociedad, en el mismo centro del Sistema Único de Salud.

No es que la odontología no participe *verdaderamente* en el proceso de producción/reproducción social, lo cual sería un disparate. Participa, porque ningún agente o práctica, por más alienada que sea, puede eludir u ocultar la dimensión o los compromisos sociales en los que adquiere existencia. El caso de la odontología es diferente no porque *objetivamente* no exista en medio de estos procesos, sino porque, *subjetivamente*, los agentes que mantienen la odontología, tal como aparece socialmente, permanentemente eluden su naturaleza social y enfatizan su dimensión técnica y práctica, al tiempo que reducen la experiencia bucal de las personas al trinomio sacarosa-placa-cepillo. Aunque la caries dental fuera la *única* enfermedad bucal humana —¡Quién nos lo concediera!—, incluso ahí, en su propio territorio, cierta *teoría odontológica* no hace más que banalizar, con este trinomio, el buen conocimiento en cariología. Y lo banaliza otra vez porque no ve al hombre concreto que define ese trinomio, sino que siempre resalta la *forma infantil* de nuestra existencia con sus recomendaciones pasteurianas (Capítulo 3 de este libro).

Estas son limitaciones prácticas de la clínica odontológica. La odontología solo puede hablar de los dientes y de la boca humana desde un punto de vista biológico, es decir, como naturaleza y como parte. Si la integralidad es expresión de relaciones sociales, políticas y culturales —esas relaciones que son todo lo que es el hombre y que justamente lo alejan de la naturaleza—, y si es función de totalidad, entonces no hay posibilidad de que la práctica odontológica llegue algún día a inclinarse en esa dirección. Se trata, por lo tanto, de una imposibilidad teórica y práctica.

Pero también podemos entender que la integralidad no se realiza ni por completo ni de manera acabada, sino que es un proceso. Así, aunque un productor aislado no abarque, él solo, todas las dimensiones de la integralidad, su intervención práctica constituye parte de la integralidad general. Y esto por un doble mecanismo. Por un lado, si él ejerce de manera integral, es decir, abarcadora, la especialidad de su clínica, o sea, si aborda dientes y bocas en una dimensión funcional. Por otro lado, si en el ejercicio de su clínica comprende la experiencia bucal de los sujetos como constituida en los modos de vida socialmente determinados. La odontología puede estar impedida de comprender esta relación, pero no la Salud Bucal Colectiva. Es lo que veremos a continuación.

Bucalidad, integralidad y producción del cuidado en salud bucal: Una posición para la clínica

Uno de los grandes problemas de la clínica odontológica, en el ejercicio de su práctica cotidiana, surge del hecho de que prescinde del concepto de norma y normalidad, y probablemente en este punto podemos localizar la imposibilidad y el fracaso de la clínica integrada en la formación de pregrado. Veamos qué significa esto. Toda

clínica (médica y quirúrgica) se basa en una fundamentación biológica que le es proporcionada por la triangulación entre la anatomía, la fisiología y la patología. Así, el desvío que caracteriza el cuadro patológico se evidencia por la *alteración de la forma del órgano* (alteración anatómica), evento que inmediatamente implica una *alteración de la función que el órgano realiza* (alteración fisiológica). De este modo, el desvío es un desvío de función, designado como aumento o disminución (*hiper, hipo, a o dis*). Expresa, por lo tanto, una relación cuantitativa (Canguilhem, 1995).

Sin embargo, ¿qué es una función? Se podría decir que la función es algo que no se ve, pero cuyo efecto se siente. Es precisamente en este punto donde entra el concepto de norma y normalidad, que define para nosotros, de manera permanente, lo que es normal y lo que no lo es. De hecho, sin la normatividad en los organismos vivos, es decir, la capacidad de encontrar *normas promedio de funcionamiento*, la vida se desarrollaría de manera irregular e incierta, y estaría marcada por la imprecisión funcional y orgánica, es decir: un día funciona, al siguiente no sabemos si funcionará. Y esto es un contrasentido, un absurdo, porque un organismo vivo, en su condición de estar vivo en el mundo, procesa continuamente los cambios o variaciones físico-químicas del entorno y sus propias alteraciones. Si extendemos la comprensión de este proceso, en el caso del organismo humano, como englobado por la vida social genérica —objetiva y subjetivamente— en la cual se desarrolla la vida de los hombres, vemos rápidamente que el concepto de normal y de normalidad choca con la política (en las relaciones de trabajo, en la moral, en la ética, etc.). Por eso, nos preguntamos todos los días: ¿qué es ser normal en la sociedad contemporánea? ¿Qué esperan de nosotros? ¿Qué quieren que hagamos?

Apliquemos ahora estos razonamientos a la cavidad bucal. Primero, debemos constatar que a ella le corresponde perfectamente el trípode anatomía, fisiología, patología. Por lo tanto, hay una base racional para pensar en una clínica que se ocupe de esta parte del cuerpo. En segundo lugar, debemos considerar las particularidades de esta cavidad. De hecho, la cavidad bucal sería más un territorio, un lugar, que un órgano propiamente dicho, *ya que no está formada como una masa tisular homogénea*. Sabemos esto: lo que designamos como cavidad bucal es el resultado de la formación embriológica de las vísceras que se constituyen como la parte superior del sistema digestivo. Son mucosas, glándulas, músculos y dientes, cuya cerrada coalescencia e inseparabilidad garantizan la identidad del lugar y su funcionamiento (Botazzo, 2010).

En tercer lugar, si hay identidad anatómica, podemos pensar en función. ¿Cuál sería la función de la boca, cómo funciona la cavidad bucal de los seres humanos, cuál es el trabajo que realiza? Es razonable pensar que, en conjunto, los trabajos bucales pueden distribuirse en tres vertientes: manducación, erótica y lenguaje. Poder realizar integralmente estas tres funciones o trabajos, es decir, tener la capacidad de ser boca, es al mismo tiempo una realización biológica, social y psíquica. Esta es una buena definición de bucalidad. A través de su función específica, es decir, a través de los trabajos que realiza, la boca es, así, la expresión de una integralidad anatómica y fisiológica (Capítulo 8 de este libro; Botazzo, 2006a; Narvai, 2006; Freitas, 2006; Werneck, 2006; Souza, 2006; Moysés, 2006; Villela, 2006; Nunes, 2006).

En cuarto lugar, es necesario reconocer que no hay lugar para una fisiología bucal en el discurso odontológico. Entendamos este punto. Estamos acostumbrados a una teoría odontológica que se revela a través de su centrismo dental. Así, el enfoque semiótico del dentista —su mano, su mirada, su mente— se dirige desde el principio al órgano dental y las estructuras vecinas. Al no haber una fisiología bucal, se destacan los elementos mecánicos de la función dental, que no es lo mismo que la función bucal, ya que la noción de función dental no logra abarcar al hombre en su totalidad, que es el hombre en sociedad, sus modos de ser, sus conflictos, su relación con su propio cuerpo y su propia boca. En un órgano dental aislado se encuentra espacio para sostener únicamente una etiopatogenia restringida, de lo cual surge la idea de lesión dental que preside el acto odontológico de principio a fin.

Como se mencionó en otro lugar:

...por aquí no hay cómo pensar en función y norma porque simplemente las piezas dentarias pueden ser removidas por completo, sin que este drástico evento amenace la existencia del individuo. No hay norma si no hay órgano, porque falta el objeto a través del cual se producirá un efecto. He aquí la falta de importancia social y económica de los órganos dentarios naturales. Sustituidos por la dentadura artificial, y así pudiendo garantizar la producción de algún efecto, *esta boca mecanizada convierte, obviamente, la manducación en un acto mecánico y exterior al propio hombre*. Los discursos odontológicos cesan ante el hombre desdentado (y en él se desvanecen su ciencia política, sus profilaxis y la porción pública de su clínica. (Capítulo 8 de este libro)

Si estos razonamientos se entienden y se aceptan, nos permitirían, desde una perspectiva clínica, comprender la cavidad bucal de otra manera y, asimismo, pensar la integralidad del cuidado de manera diferente. Este avance es difícil y requiere una nueva teoría sobre el proceso de enfermedad bucal, una nueva concepción de la clínica odontológica que, ampliada, ya no podría separar vísceras, las partes blandas de las partes duras, y que entonces, como clínica, realizaría la consulta odontológica de manera completa, cumpliendo con los pasos que la tarea del diagnóstico exige: acoger la queja, conocer el estado de salud del paciente, inspeccionar su boca y estructuras correlacionadas, elaborar hipótesis, realizar más exámenes y observar nuevamente, comprendiendo la situación actual y sus determinantes, y, al proceder así, constituir el caso clínico. Y aquí se daría el paso fundamental para cumplir una de las etapas de la producción integral del cuidado en salud, que es ejercer, de la manera más integral posible, una actividad clínica.

Decir que esta superación exige otra teoría es admitir que se necesita una nueva semiótica, una nueva mirada, otra mano, otra mente. Como decían Gonçalves *et al.* (1990), para la mirada médica, la enfermedad aparece como una invariancia anatomofuncional, es decir, el paciente con su enfermedad siempre es el mismo y su enfermedad siempre es la misma. Esta afirmación se aplica extensamente al trabajo actual del dentista. En este caso, es como si una concepción *a priori* definiera el diagnóstico, bastando con contar las lesiones dentarias y realizar procedimientos restauradores, acompañados, en determinados casos, de algunos otros procedimientos

quirúrgicos o profilácticos. En lo que estamos discutiendo, los discursos sobre la caries dental cubren el horizonte clínico del dentista y son estos discursos los que constituyen el *a priori* odontológico: todo es caries o termina siendo su consecuencia (dado que las personas comen azúcar, no se cepillan los dientes, no visitan al dentista con regularidad, etc.).

Sería necesario, en este caso, preguntarse si las posibilidades del proceso de enfermedad bucal se restringen a una sola enfermedad, y si, en este caso, no estaríamos enfrentando una fuerte limitación de todo lo que se sabe sobre patología bucal e incluso sobre enfermedades dentarias. Es decir que, de los varios modos de enfermar bucalmente, que una clínica ampliada de odontoestomatología debería expresar, se estaría, políticamente, haciendo *tabula rasa*².

Para cumplir con esta primera tarea de la integralidad del cuidado en salud bucal, se debería dar énfasis al primer contacto del paciente con el profesional, que es el momento inicial de la consulta, donde la queja o el motivo de la búsqueda de ayuda del especialista se desdobra en el momento anamnésico, pues —y esto debe ser recordado nuevamente— “es en la anamnesis donde se constituye el caso clínico, es en la anamnesis donde aparece el paciente con su enfermedad” (capítulos 6 y 15 de este libro). Así, al no haber un *a priori* clínico, la mirada y la mano del dentista se dejarán guiar por la historia que el paciente relata. De esta manera, la terapéutica estará necesariamente subordinada a los hallazgos clínicos, rigurosamente llevados a cabo en su exploración local y sistémica. Esta concepción encaja perfectamente dentro de los supuestos de la Atención Primaria en Salud o, ya sea que se trate de alteraciones dentarias u otras menos prevalentes.

¿Qué constituye, entonces, la novedad? La emergencia de una nueva semiótica o semiología odontoestomatológica: a través de ella, la mirada, la mano (y la mente) del dentista pasan a ser guiadas por las funciones bucales, por la verificación de la posibilidad de realización integral de los trabajos bucales por parte del sujeto, y si hay desviaciones que causen limitación, deficiencia o incapacidad funcional. Así, por ejemplo, una restauración dental sería (es) un medio, porque el fin sería (es) la recuperación de la capacidad masticatoria del paciente, si la ha perdido (y no simplemente la demostración de la habilidad técnica del dentista), lo que implica verificar los tejidos periodontales, la oclusión y la articulación. Y, en la misma escala, una restauración bien ejecutada es una barrera para la defensa del medio interno, pues evita la subsecuente infección de la dentina. En este sentido, es uno de los niveles de aplicación dentro de la atención primaria en salud.

En la misma dirección, es necesario ir más allá de las apariencias y comprender el proceso de enfermedad bucal más allá del sujeto que enferma, y el concepto de

² Algo similar ocurrió con la psiquiatría pública brasileña. Según Tavoraro (2002), en el Manicômio Judiciário de Franco da Rocha, a partir de la década de 1970, la variedad de motivos de internación y la descripción detallada del trastorno mental que afectaba al paciente fueron burocráticamente reemplazadas por la clasificación rápida y genérica de “esquizofrenia paranoide”, una categoría que sustituyó a la amplia gama de trastornos mentales reconocidos en el ámbito de la psiquiatría. De manera similar, el tratamiento, invariablemente y para todos, se basaba en el uso de no más de tres medicamentos.

bucalidad puede ayudarnos en este camino. Hay una ventaja teórica en pensar de esta manera, ya que con su ayuda podemos recuperar al hombre en su totalidad, que es el hombre en sociedad, sus modos de ser, sus conflictos, su relación con su propio cuerpo (y su propia boca). La boca, siendo cuerpo y soporte de relaciones sociales, es la parte corporal más vívidamente construida y más vívidamente presente en el conjunto de estas mismas relaciones, desde la infancia hasta la vejez. Y así se puede comprender de otro modo su desgaste, o el desgaste de sus partes —que es también su carga de enfermedad—, por el uso social en ellas implicado, independientemente de si consumimos mucho o poco azúcar, si las limpiamos adecuadamente, si soportan bien o mal el estrés de la vida cotidiana, si resisten a las intervenciones iatrogénicas, etc.

Consideraciones finales

A pesar de la complejidad del tema tratado aquí, sigue teniendo sentido recomendar al estudiante de odontología que aspire a una formación que le permita brindar una atención integral al paciente. Lo que muchos se preguntan es cómo se puede lograr esto. Una buena parte de los profesionales en los servicios públicos se esfuerza por cumplir este objetivo, y muchos estudiantes creen que están recibiendo los conocimientos técnicos suficientes y se aplican en los estudios y en los trabajos de laboratorio. Hablar de atención integral se ha vuelto algo familiar para la profesión. De hecho, este es uno de los principios fundamentales del SUS, por lo que hablar de integralidad o de cuidado integral es una característica distintiva entre los profesionales de la salud, y la odontología ha incorporado esta novedad semántica.

Sin duda, esta es una de las metas más prometedoras para la enseñanza y la práctica odontológica. Sin embargo, el hecho es que la dispersión de las disciplinas clínicas, a menudo aisladas entre sí, conduce al alumno a centrarse en la particularidad de procesos dentales específicos, de acuerdo con el orden interno —de naturaleza técnica y política— de no más de cinco “especialidades odontológicas básicas”. Estas son: dentística, endodoncia, periodoncia, cirugía menor y prótesis. En Brasil, las tres primeras constituían, hasta mediados del siglo XX, la operatoria dental o *dentisteria*; la primera y las dos últimas también se conocen como el “arroz y frijoles” del dentista. En conjunto, las cinco forman el “núcleo duro” de la práctica, y se enseñan con la misma regularidad en cualquier curso y en todas las escuelas, superando diferencias incluso en aquellas que han incorporado currículos innovadores.

No es posible afirmar si las consideraciones y enunciados precedentes pueden ser incorporados por la profesión en su conjunto, es decir, si interesarían a toda la corporación, lo que significaría incluir en ella a la clínica privada, pero seguramente es una posición adecuada para una clínica de odontoestomatología a ser practicada, social y públicamente, en el Sistema Único de Salud.

Al concluir este capítulo, nos gustaría transcribir parte del *Informe Final* del taller “Subjetividad y Práctica Odontológica” (ver Capítulo 6 en este libro), realizado durante el 8° Congreso Brasileño de Salud Colectiva en 2006, ya que sería

conveniente enfatizar, como síntesis de todo lo que se ha dicho hasta ahora, otras tres constataciones:

- 1) El modelo de práctica odontológica en el sector público todavía se basa en la antigua concepción del gabinete dental;
- 2) Las lesiones dentarias son el foco semiotécnico de la conducta profesional y, por lo tanto, es la dentística (como especialidad odontológica) la que guía la mirada del dentista (odontotécnica exclusiva);
- 3) El sistema de notación [odontograma] y de información en salud bucal se organiza y obedece a la misma lógica dentaria.

Y el *Informe* continúa:

Esta situación parece estar acercándose al punto de saturación y comienza a ser denunciada como insostenible. A las afirmaciones de inadecuación de la formación profesional a las necesidades del SUS, consagradas en numerosos estudios, se suman ahora las manifestaciones de insatisfacción de los profesionales que se ven ante la responsabilidad de brindar asistencia al adulto [...] lo que presupone a los portadores de necesidades especiales –es decir, el paciente con su estado clínico en su totalidad–, asistencia para la cual se sienten no preparados, pues en todo esta otra clínica exige ir más allá de los límites gingivodentales. De hecho, todo el SUS está más allá de esos límites. Si la profesión admite estar en crisis, no es casualidad que también haya una crisis en el sector público. La crisis corporativa es una crisis de mercado, pero no de la industria; es, más bien, una crisis de exceso de contingente y, como todo en odontología, es un asunto particular. La crisis en el sector público, sin embargo, se limita a los grupos más organizados y conscientes porque aún no ha sido subsumida por la sociedad, y desde esta perspectiva tal vez podríamos entender la magnitud del desafío colectivo que representa la salud bucal.

Estas explicaciones nos permitirían pensar en algunas correlaciones y deducir algunos puntos que deberían conformar un programa político para la Salud Bucal Colectiva, y estos serían:

- 1) Someter el aparato formador a los principios organizativos del Sistema Único de Salud y recuperar las unidades de salud como lugar de aprendizaje;
- 2) Reorganizar públicamente la profesión, basándola en la lógica de la integralidad de la atención en salud bucal como expresión particular de la Atención Básica;
- 3) Fundamentar la clínica en una concepción etiológica que supere la división entre tejidos blandos y duros y que tenga en las funciones bucales desviadas (deficiencia, incapacidad o limitación) el fundamento de su práctica;
- 4) Radicalizar el control colectivo (socio-epidemiológico) de las patologías bucodentales y explicitar políticas públicas que promuevan la inclusión social y los derechos de ciudadanía, y que superen las actuales definiciones programáticas;

- 5) Radicalizar la organización del trabajo en odonto-estomatología, de manera que se proporcione mayor competencia diagnóstico-terapéutica al cirujano-dentista, a los técnicos y auxiliares, de manera que se racionalicen y compatibilicen saberes y habilidades distintas;
- 6) Introducir la historia clínica única en la rutina de los servicios y adecuar el sistema de información en salud bucal y sus indicadores a estas nuevas situaciones;
- 7) Conducir el diálogo con la sociedad organizada, con los consejos de salud y colectivos de usuarios, con los trabajadores de salud bucal y con los estudiantes, estableciendo un contrapunto ideológico mediante la crítica consistente a los límites de las concepciones y prácticas corporativas.

Finalmente, si superamos las concepciones tecnicistas y biologicistas presentes en la enseñanza odontológica, podríamos deducir otros puntos que, en síntesis, son los siguientes:

- 1) La clínica es una relación de alteridad, es decir, un lugar donde dos sujetos se encuentran: cada uno de ellos es portador de saberes, deseos y carencias legítimos;
- 2) En esta relación se realizan las dimensiones objetivas y subjetivas de la existencia humana, como totalidad social;
- 3) La boca humana es una expresión particular de esta totalidad: en ella se materializan modos específicos de existir, se da la continencia para ciertos síntomas originados en los dispositivos psíquicos, se revelan las marcas de los usos sociales para los cuales ha sido soporte, así como las evidencias de las condiciones psicosociales (mejores o peores) de efectivización de tales usos.

Como se menciona en el *Informe*, “estos reposicionamientos indicarían la posibilidad de un nuevo tránsito o el desarrollo de nuevas interfaces con la cultura y la ciencia, porque se admite, desde el punto de partida, que estamos ante una nueva concepción política de la clínica”. Son estos supuestos los que nos gustaría mantener en este capítulo.

Capítulo 13

Dos o tres cosas que sé sobre la boca humana: Anotaciones para una clínica productora de cuidado

Pides para que yo hable acerca de las relaciones entre enfermedades bucales y sistémicas, entre odontología y medicina, sobre dientes, cavidad bucal y subjetividad¹. La literatura es controvertida respecto a estas cuestiones. Hagamos, antes, una pequeña digresión. Hasta mediados de este siglo XX, prevalecieron las opiniones de cirujanos-dentistas, pediatras y puericultores, quienes afirmaban un sinnúmero de afecciones y trastornos relacionados con la dentición en los niños. Al respecto, se registra una fuerte discusión entre los autores, especialmente en la segunda mitad del siglo XIX, como una permanencia, en la modernidad, de las ideas de Hipócrates y Galeno, que sostenían el origen dentario de muchas enfermedades infantiles, que causarían fiebres, convulsiones, insomnio, irritabilidad, ptialismo, diarreas, etc. Sin duda, hubo críticas a esta concepción, pero el higienismo y la puericultura, hegemónicos en ese momento y ya presentes en la odontología nascente, lograron imponer sus puntos de vista.

La odontología contemporánea, especialmente la practicada en nuestro medio, descarta la posibilidad de que la dentición pueda ser causa de cualquier trastorno, entendiendo que la erupción dental es un proceso fisiológico y que, en este sentido, no llevaría ninguna carga patogénica. Sin embargo, la observación de bebés indica que hay una perturbación en el comportamiento del niño justo en el período anterior a la erupción y a lo largo de todo el proceso. Se describen insomnio, irritabilidad, pérdida de apetito, febrícula, cuadros disentéricos, etc. No se puede afirmar

¹ Entrevista concedida en 2005 al *Jornal de la Asociación Brasileña de Odontología* (que jamás salió); publicado por primera vez en *Diálogos sobre a boca* (Botazzo, 2013e), São Paulo: Hucitec Editora. En el texto se presentan ideas sobre situación bucal y situación sistémica, marcadas por la coincidencia de eventos en el desarrollo infantil. Se atrevió a interpretar la bucalidad —que ya era así denominada, aunque con poca convicción— basándose en la teoría de autores vinculados al campo de la psicología freudiana. La continencia bucal o la capacidad bucal de contener, de permitir la manifestación o las deposiciones de contenidos psíquicos, convierte a la cavidad bucal en un *locus* único en todo el cuerpo. Por ello se dijo que es un territorio, y no un órgano, y mucho menos un órgano con una función unívoca.

que la dentición sea una *causa etiológica*, pero sí, siguiendo a Magitot², *que hay una simultaneidad de eventos*. De hecho, a partir del sexto mes, la erupción de los primeros dientes coincide con el gateo y los primeros pasos, cambios en la alimentación y el consiguiente destete, la articulación de sonidos y el balbuceo de las primeras palabras y, hasta completarse, alrededor del 24º mes, el control de los esfínteres.

En el abordaje de estos aspectos generales, existe literatura disponible. La emergencia de *órganos duros* en el interior de la cavidad bucal afecta al bebé, ya que este tendrá que desplazarse de su posición de *succionador* bucal a la de *tritador*, lo que implica la posibilidad de cortar y desgarrar. Todas estas novedades, además de la maduración de las glándulas salivales, conllevan la pérdida de la posición anterior (pasiva) y la definición de una nueva posición (activa), con implicaciones en el plano emocional.

La observación clínica de madres y bebés indica la aparición de síntomas como los descritos anteriormente: ptialismo, irritabilidad, picazón en los rebordes alveolares, perturbación del sueño, etc. En la vertiente psicoanalítica de Melanie Klein y Arminda Aberastury, estos síntomas se relacionan con la pérdida primaria del contacto con la madre, ya que la erupción dental coincide con la ruptura del vínculo boca-pecho, y para estas autoras, la naturaleza de este vínculo es *genital*. La elaboración de esta ruptura es lo que permitiría una mejor o peor relación entre el sujeto y su propia boca. Posteriormente reprimida, y asumiéndose como *sexualidad genérica*, es esta genitalización la que garantizará a la cavidad bucal el estatus permanente de *región de placer*, lo que no significa placer siempre: aquí también hay destructividad y displacer (que, puede decirse, son otras manifestaciones del placer).

La boca sería también una región de confusión psíquica, por así decirlo, ya que incorpora funciones de recepción (alimento o el cuerpo del otro) y de penetración (dientes, trituración, mordidas), o simultáneas, funciones que psíquicamente se manifiestan como femeninas (vagina receptora) y masculinas (falo penetrante). Corro el riesgo de simplificar en exceso el razonamiento, pero es interesante notar que, a diferencia de la sexualidad genérica, esta eroticidad bucal, al ser discutida, siempre es fuente de incomodidad o malestar entre los adultos. Tal vez esto se deba al hecho de que, al hablar de sexualidad, los órganos genitales se encuentran abstraídos de la escena (ya que en situaciones cotidianas estamos vestidos y nuestros genitales no están a la vista del interlocutor), pero cuando discutimos sobre la boca y la eroticidad, es la boca en su totalidad la que se expone a la mirada —y a la interpretación silenciosa— del otro.

Pensando en esta vertiente, el bienestar bucal primordial o primario dependerá de la relación establecida entre los padres y el bebé, así como de la percepción que los padres tengan de su propia bucalidad. Los grupos con madres confirman al menos

² Émile Magitot (París, 1833-1897). Médico de notable relevancia, cuya producción intelectual abarcó temas como la embriología dental, la anatomía bucal comparada, la clasificación de las inclusiones, los tumores y los quistes bucales y dentígeros; describió la osteoperiostitis de los alvéolos dentarios —conocida modernamente como periodontitis— y fue el primero en demostrar que la caries dental tiene un origen acidogénico. En conjunto, sus trabajos sobre enfermedades de la boca y los dientes lo acreditaron como el creador de la estomatología.

algunos puntos de esta teoría. Los casos son diversos, pero en general es posible admitir que el contacto físico con el bebé debe ser preservado, independientemente de que haya o no síntomas que indiquen sufrimiento.

Sin duda, la pertinencia de esta discusión se vuelve evidente si recordamos que somos mamíferos, lo que significa que somos animales de sangre caliente, dotados de pelo y con una estructura nerviosa (psíquica) y motora que nos lleva, en los modos de asociación y en las formas de sociabilidad, al contacto físico y al consuelo más o menos intenso. Para Edgar Morin, es en esta condición de mamífero donde encontramos las bases antropológicas para la afectividad humana. De hecho, este contacto físico es la clave del Programa Madre Canguro para bebés prematuros. Cuando ejercía la clínica, siempre recomendaba a las madres que, durante la fase de dentición y destete, no interrumpieran el contacto físico con el bebé y, en presencia de sufrimiento, garantizaran el acceso del bebé al pecho, incluso sin leche, especialmente en casos de irritabilidad. Es una forma de asegurar el vínculo y, en poco tiempo, el bebé vuelve a demostrar seguridad en relación con el mundo que lo rodea.

En la mayoría de los casos que estamos tratando, no sería necesario un seguimiento precoz por parte de especialistas. Podemos confiar mucho en el buen sentido femenino y materno. La extrema plasticidad y el desarrollo natural del bebé lo llevarán a interesarse por otros objetos, distintos al pecho de la madre o sus propios dientes. Sin embargo, en niños mayores, especialmente aquellos que no pudieron elaborar adecuadamente la pérdida del vínculo, durante la consulta odontológica pueden experimentar el *regreso de esa pérdida como una amenaza* y mostrar resistencia. Así, la figura del *niño rebelde*, un tema constante entre los odontopediatras, es una clara expresión de lo que estamos discutiendo: la negativa a abrir la boca o a colaborar con el tratamiento, el llanto, la angustia y la manifestación de señales de sufrimiento. Por supuesto, esto no significa que siempre se recomiende la derivación a un psicólogo. Los manuales de odontopediatría abordan suficientemente esta cuestión, que puede ser manejada dentro del propio consultorio odontológico. La atención del cirujano-dentista debe estar enfocada en los casos que se salgan de los patrones aceptables en circunstancias habituales. Si se agotan los recursos y se observa la imposibilidad del niño para lidiar con su angustia, lo correcto sería discutirlo con los padres y sugerir una derivación al psicólogo.

De cualquier manera, es posible observar síntomas de regresión en niños sometidos a un gran esfuerzo psíquico, ya sea durante el tratamiento en ambulatorio o en los hospitalizados. No es raro que el niño se exprese con un lenguaje *infantilizado*, similar al de un niño que recién comienza a hablar, o que experimente un relajamiento de esfínteres (tampoco es raro que un niño orine en la silla); después de extracciones u otros procedimientos invasivos, las madres reportan inapetencia, perturbación del sueño, comportamientos afectivos incompatibles con la edad, etc. Estos relatos son efectivamente raros durante la consulta, pero eso no significa que no ocurran. Lo que se debe notar es que rara vez preguntamos cómo ha pasado el niño o cómo ha reaccionado a la intervención, quizás porque estamos demasiado acostumbrados a la *certeza técnica y racional* de lo que realizamos. Telma Reca

(1974)³ contribuyó mucho al entendimiento de esta temática. En un libro fascinante, analizó el comportamiento de los niños en hospitales y sometidos a procedimientos quirúrgicos, encontrando este mismo cuadro de regresión. Lamentablemente, la investigación de estas realidades ha ocupado poco o ningún espacio en nuestra práctica clínica.

Mi experiencia indica que el material inconscientemente depositado puede regresar incluso en adultos. De hecho, se observan fenómenos de *regresión* cuando el adulto, frente a la experiencia odontológica, y también incapaz de lidiar con su angustia, presenta síntomas similares a los descritos anteriormente para el *niño rebelde*. Las investigaciones indican que el temor fóbico del paciente no guarda una relación positiva con el procedimiento a realizar (Botazzo & Gutreiman, 1986), es decir, el temor no es objetivo en referencia a la anestesia o al motor de alta rotación, por ejemplo, sino que involucra la situación en su totalidad, aunque la fobia pueda desencadenarse en un paso específico con el uso de algún instrumento o la realización de una maniobra. Esto es particularmente relevante en el caso de pacientes fóbicos.

En cuanto al comportamiento social derivado del desdentamiento, solo recientemente hemos comenzado a prestar atención al problema. Es importante destacar que la investigación en odontología social ha privilegiado históricamente la relación esmalte-flúor-sacarosa-placa, como fácilmente se puede encontrar en la bibliografía especializada. Del mismo modo, las áreas de conocimiento en ciencias humanas, especialmente la psicología y la antropología, apenas han dedicado alguna atención a los problemas que rodean la bucalidad de los sujetos.

Curiosamente, la cavidad bucal de los hombres no es objeto de investigación por las ciencias humanas, incluso cuando el psicoanálisis afirma la importancia de esta relación. La boca es aprehendida como esfera fenomenológica, únicamente como oralidad, de ahí mi insistencia hoy en hablar de bucalidad. El primer término designa la esfera de lo oral, sin duda, pero únicamente como *representación*, mientras que bucalidad expresa, además del *material representado*, la actuación efectiva de músculos y mucosas, sin los cuales —y esto se sabe desde la Antigüedad (y Freud nos lo confirmó)— es imposible la realización del placer, salvo el contemplativo. Además de músculos y mucosas, debemos añadir secreciones y olores, y estos componentes se encuentran presentes en la cavidad bucal. Bucalidad, así, designa el conjunto de las funciones bucales que pueden repartirse entre la masticación, el habla y la erótica. Pues bien, estas funciones, sin duda, estarán perturbadas en los casos de desdentamiento parcial o total, y porque en ellos también se realizan los temores inconscientes de castración.

Más allá de la objetividad de la pérdida dental, tendríamos que verificar la *repercusión subjetiva* de esta situación en la vida de los sujetos, ya sea de naturaleza estética, psicológica o funcional. Dos disertaciones se ocuparon de esta cuestión, la de Teresa Mendonça, en 2001, y la de Douglas Kovalski, en 2004. Ambos llevaron a cabo

³ Telma Rea (1904-1979). Médica y psicoanalista argentina, produjo importantes contribuciones para la comprensión del psiquismo infantil y, sobre todo, sobre el comportamiento del niño en relación con los servicios de salud (ambulatorios y hospitales).

un estudio etnográfico sobre mutilación bucal: Teresa Mendonça en trabajadores rurales de Pintadas, pequeña villa en el interior de Bahía, y Douglas Kovalesski con mujeres pobres de la periferia de Florianópolis, en el cual se revelaron varios de estos aspectos.

Registré casos de fobias o de incompatibilidad psíquica entre el sujeto y su bucalidad, manifestados en los pedidos de extracciones dentales completas, lo que, sin duda, dejaría al sujeto mutilado. ¿Qué estaría detrás de la necesidad de esta mutilación? O, ¿qué incomodidades o constricciones causan los dientes a un sujeto? O, aun, ¿qué deseos se encuentran depositados en la boca de un sujeto y cómo él los sostiene (o no)?

Es preciso considerar no solo la diversidad de situaciones, sino también la evidencia de que la relación de los sujetos con su propio cuerpo, y las respectivas representaciones que de ello derivan, son variables según las clases sociales. Es probable que esta opinión suene algo extraña, pero el hecho es que, a pesar de toda esa euforia posmoderna, las clases sociales siguen existiendo y, afortunadamente, la posición de Norbert Elias, para quien el juicio estético es diferente y varía según las clases, continúa siendo susceptible de aprehensión empírica.

Estoy hablando de clases sociales, pero podría abordar la cuestión desde una perspectiva étnica o desde la de las *tribus urbanas*, grupos rurales específicos, comunidades religiosas, etc. Así, existe una variedad en lo que respecta a una amplia gama de situaciones: obesidad o delgadez, tipo de vestimenta, corte de cabello, prácticas alimentarias, deformidades o anomalías visibles, mayor o menor tolerancia a los olores, excretas, etc. Son aspectos que se refieren a nuestra superficie externa y se articulan como *formas de presentación social*. Y dado que admitimos la existencia de una estética bucal, no sería difícil verificar diferencias significativas en lo que respecta a estas formas de presentación, si el sujeto es desdentado o no, si presenta apiñamiento, si revela cuidado por su boca o si la presenta descuidada, y así sucesivamente.

Capítulo 14

La caries dental como fetiche

“La vida es corta, el arte es largo, la ocasión fugaz, la experiencia engañosa, el juicio difícil. Es preciso no solo hacer lo que conviene, sino también lograr que el paciente, los asistentes y las circunstancias externas contribuyan a ello”

Hipócrates, 2002, *Primer aforismo*

Las cuestiones presentadas en este capítulo¹ responden, finalmente, a una pregunta formulada mucho tiempo antes: ¿qué es la caries, ese fantasma milenario e invariable? ¿Qué es esta instalación nosopolítica, o ese constructo sociohistórico que autoriza todos los discursos odontológicos? Así se concluía el tránsito entre la teoría y la práctica editado en 2003 (ver Capítulo 10 de este libro). Lo que se va a desvelar aquí es el desarrollo de la constitución histórica de lo que se denominó la enfermedad-madre. Como un fantasma, la caries dental recubre todas las demás enfermedades bucales y ocluye la visión semiológica de los dentistas. Además, en torno a ella se organizó toda una práctica y, finalmente, funciona como propiciadora de la identidad profesional y, así, se constituye en un elemento ideológico por excelencia.

La odontología, como profesión separada de la medicina, surgió a fines del siglo XIX con la promesa política de restringirse a las “operaciones sobre los dientes”, como se decía entonces (Godon, 1901; Botazzo, 2010, 2024; ver Capítulo 3 de este libro).

Para entenderse como profesión de salud, con el tiempo, la odontología fue añadiendo a su acervo teórico-político reiteraciones populares sin comprobación de orden empírica: una de las más conocidas es la de que la salud comienza por la boca o por los dientes. Y siendo los dientes humanos su objeto de trabajo y justificación de existencia, tuvo de alguna manera que buscar las razones por las cuales se deterioraban, y durante casi 100 años, desde finales del siglo XIX hasta mediados de la

¹ Editado originalmente en *Atención básica en el Sistema Único de Salud: enfoque interdisciplinario para los servicios de salud bucal* (Botazzo & Oliveira, 2008, pp. 219-238). También se publicó en *Diálogos sobre la boca* (Botazzo, 2013e, pp. 327-52). Las cuestiones presentadas en este capítulo responden, finalmente, a una pregunta formulada mucho tiempo antes: ¿qué es la caries, ese fantasma milenario e invariable? ¿Qué es esta instalación nosopolítica, o ese constructo sociohistórico que autoriza todos los discursos odontológicos? Así se concluía el tránsito entre la teoría y la práctica editado en 2003 (ver Capítulo 10 de este libro). Lo que se va a desvelar aquí es el desarrollo de la constitución histórica de lo que se denominó la enfermedad-madre. Como un fantasma, la caries dental recubre todas las demás enfermedades bucales y ocluye la visión semiológica de los dentistas. Además, en torno a ella se organizó toda una práctica y, finalmente, funciona como propiciadora de la identidad profesional y, así, se constituye en un elemento ideológico por excelencia.

década de 1960, la mayor parte de los trabajos científicos se centraron en la influencia de los carbohidratos en la producción de caries, con énfasis en la denominada “dieta cariogénica” basada en la ingestión de almidones (Shaffer, Hine & Levi, 1985).

Pensando al modo de Thomas Kuhn (1992), la microbiología de Willoughby Dayton Miller (1853-1907) y las teorías de Bernhard Gotlieb (1885-1950) o Albert Schatz (1920-2005), que corresponden, respectivamente, a las teorías de la caries dental denominadas microbiana-acidogénica, proteolítica y de la proteólisis-quelación, sin embargo, parecieron —y durante un tiempo considerablemente largo— no haber sido suficientes para producir un complejo explicativo que satisficiera a la comunidad odontológica.

La literatura científica de esa época es cambiante y no hay consenso en relación con la etiología de la caries, lo que llevó a autores como Freitas (2001) a reconocer este período como no científico, debido a la fragilidad o escasez de pruebas empíricas en las relaciones de causalidad entre agentes y efectos observados. Aun así, la literatura de cierta “odontología preventiva”, vinculada a la práctica pública, produjo o buscó establecer correlaciones entre el cepillado, el uso de fluoruros, por ejemplo, y la aparición de caries en niños (Klein *et al.*, 1938; Wharton, 1948; Ratclif, 1949).

Al no existir una relación objetiva claramente establecida entre eventos observables, que pudieran estar sujetos a las leyes generales de la patología, la caries dental fue ampliamente concebida como una enfermedad de la civilización y un fenómeno *democrático*, es decir, que afectaba a la humanidad por igual, independientemente de la clase social, sexo, edad, raza, etc.

En esta línea de generalización absoluta, Lerman (1964), un prestigioso historiador de la odontología, afirmó categóricamente que “las afecciones dentales fueron desastrosas para los animales de la selva” y “aceleraron la extinción de las especies”, insistiendo en que tales afecciones “existían muchos millones de años antes de que el hombre apareciera en la Tierra”, y completando tal razonamiento con una afirmación, como mínimo, absurda: “...se cree que estas afecciones son las que atacaron y exterminaron a los reptiles del Mesozoico...”

Dejando de lado tal despropósito, todo esto significa que, si la caries dental existía en la Tierra entre los animales *de la selva* millones de años antes que los hombres, aumenta la impresión de que tener dientes o perderlos se trata más bien de un evento *natural* y no *social*.

Como otros, este autor también vinculó la existencia de la profesión odontológica y la de los dentistas a la ocurrencia de caries, o incluso, simplemente, al hecho de que los humanos tienen dientes, como exagerará el prologuista de la misma obra, un tal Juan Ubaldo Carrea, quien dirá sin rodeos: “Nacido el hombre y aparecido el primer diente en la boca, nació el primer gesto de interés odontológico...”

No debemos, por cierto, imaginar que estas afirmaciones son cosas del pasado. Al contrario, están presentes en nuestro cotidiano, forman parte del imaginario odontológico y del imaginario social acerca del dentista y la profesión, de tal modo que dientes, caries y dentistas siempre van juntos. La broma que relata el error del alumno que, al examinar por primera vez los dientes de un paciente “en busca de

caries”, no se da cuenta de que se trata de una dentadura postiza, además de ingenua, es también la reiteración de que se examinan dientes con una finalidad manifiesta.

Todo esto compone lo que cómodamente denominamos *a priori odontológico*, con la caries dental recubriendo fantasmagóricamente el horizonte clínico del dentista, hasta el punto de no saber ya, al hablar de caries, de qué estamos hablando, y así impidiendo o dificultando que el profesional perciba otras afecciones bucodentales y vea más allá de los dientes. Además, parece que la literatura especializada, incluida la epidemiológica, registra bajo la denominación de caries dental un conjunto de procesos mórbidos distintos como si formaran una entidad nosológica única.

Así, el propósito de este capítulo es discutir algunas de estas correlaciones, hacer el registro histórico de las posiciones políticas que determinaron el enfoque dental de la profesión, debatir el retorno, en el siglo XX, de teorías obsoletas y en boga en el siglo XVIII, y presentar un panorama de lo que se denominará las incongruencias de las teorías odontológicas sobre la caries dental.

Los límites gingivodentales

Una primera comprensión de las cuestiones aquí propuestas apunta a develar la odontología como una biopolítica. Esto significa decir que es una práctica social dotada de historicidad, es decir, es producto del ingenio y de la acción política de hombres concretos (Iyda, 1998; Botazzo, 2006; 2010; Figueiredo *et al.*, 2003). Cuando se dice que nació, a finales del siglo XIX, con la promesa de restringirse “a las operaciones sobre los dientes”, esto también significa afirmar que, desde su nacimiento y de un solo golpe, la nueva profesión explicitó cuál sería su proyecto político y qué teoría sustentaría su práctica.

Pues bien, si la odontología surgió solo a finales del siglo XIX, ¿quiere decir esto que antes, en siglos anteriores, nadie trataba los dientes o las enfermedades de la boca? La respuesta es negativa. No se está afirmando que solo en el siglo XIX se organizó el cuidado odontoestomatológico o bucodental. Ciertamente, desde su aparición, la sociedad humana ha brindado cuidados bucales a sus miembros, conforme al grado de desarrollo del conocimiento y las tecnologías. Es abundante la literatura que trata del arte de curar en general y del arte dental en particular, y aquí solo se harán las referencias necesarias para la comprensión del tema en debate.

Uno de los principales articuladores de la nueva profesión odontológica, Charles Godon (1854-1913), quien será citado numerosas veces a lo largo de este trabajo, reconocía que tales cuidados pertenecían y siempre pertenecieron al conjunto del arte y la práctica médica y quirúrgica de los antiguos. Naturalmente, se cuentan por cientos los libros escritos sobre *arte dental* en el siglo XIX, para hacer referencia solo a ese siglo, y son bien conocidos por los historiadores de la medicina los textos hipocráticos y los de los filósofos (entre ellos Aristóteles) que trataban sobre los dientes, y luego los de médicos y cirujanos como Galeno, Razes, Albucasis, Avicena, Hemard, Guy de Chauliac y Pierre Fauchard.

El caso, sin embargo, es que para Charles Godon y otros importantes epígonos de la odontología, esos autores del *pasado* no se habrían preocupado ni habrían tratado la prótesis dental, los materiales dentales o las técnicas de obturación de cavidades o restauración de dientes, lo cual es rigurosamente falso. Es históricamente aceptado que la práctica médico-quirúrgica produjo conocimiento y organizó cuidados bucales y dentales dentro de la sociedad, pero sorprendentemente este no fue el enfoque de la discusión procesada en las últimas décadas del siglo XIX. La cuestión planteada entonces por los fundadores de la odontología fue otra. Como se reconocía la existencia de *ayudantes* de estos médicos y cirujanos *antiguos*, y como estos ayudantes eran numerosos, son ellos quienes se van a organizar y reivindicar su *existencia separada como cuidadores dentales*.

Para algunos autores, existían muchos tipos de practicantes del arte, desde profesionales con formación médica, dentistas formados en Alemania, Inglaterra o Estados Unidos, y la gran masa de practicantes que se desarrolló en los gabinetes más concurridos, y finalmente, los ayudantes de los ayudantes (Redier, 1882; Botazzo, 2010). A esta división o jerarquía de trabajadores correspondía una categoría social similar, de modo que a los primeros les correspondían las bocas bien remuneradas, mientras que a los últimos les tocaba atender al proletariado de los arrabales, como decía Paul Dubois (1890).

La nota política de esta construcción se dio en Francia, donde adquirió visibilidad y organicidad el movimiento conducido por dentistas con formación en consultorio, ayudantes y *mecánicos* (protésicos), con una fuerte adhesión del estrato inferior de esta pirámide, al cual se le prometía la posibilidad de *ascender* mediante una cualificación técnica respetada y obtenida en el corto plazo. A ellos se sumaron *patrones*, es decir, propietarios de consultorios dentales, así como comerciantes y fabricantes de productos de uso en la práctica. Es en Francia, por lo tanto, donde la nueva profesión toma forma y existencia, y luego el modelo es *exportado* o influye en la organización odontológica de todos los países, con ligeras variaciones aquí y allá.

Es importante recordar que en la época que estamos tratando no existía una regulación profesional en prácticamente ningún país, y así, históricamente, el movimiento que conduciría a la emergencia de la odontología aún no había alcanzado su meta. Para ello, faltaba concluir la construcción del modelo pedagógico que pudiera garantizar la producción/reproducción del dentista. En este aspecto, también es en Francia donde se alcanzará esta meta, con la Escuela Dental Libre de París. Cabe recordar nuevamente que la Escuela de Baltimore, fundada en 1840, no es estricta y exactamente una escuela dental, es decir, los estudiantes que ingresaban en ella no se graduaban en *odontología*, sino en cirugía dental (en el 2º año) y en medicina quirúrgica (en el 3º año), ya que toda la escuela era un centro de formación médico-quirúrgica (Ring, 1985). Por otro lado, en Inglaterra, desde 1878, la formación del cirujano dental estaba vinculada a la enseñanza médico-quirúrgica, y quienes ejercían la práctica se afiliaban al Real Colegio de Medicina y Cirugía. Lo que va a diferir en el recorrido de *legitimación y concesión* de la nueva profesión en estos diferentes países —como hecho político incontestable— es la fundación, en 1900, de la Federación Dental Internacional (FDI). Este es el factor decisivo y la nota distintiva

entre todas las demás experiencias; solo con la *organización internacional de la experiencia la odontología adquirió existencia como práctica social legitimada e institucionalizada*. Y, coherentemente, fue en el ámbito de la FDI donde se definió políticamente cómo se formarían los dentistas a partir de entonces, y el énfasis mostró la opción por un diseño que privilegiaba “el trabajo de banco y la habilidad manual”. Así, el nacimiento de la nueva profesión se completó cuando se desarrolló el proyecto pedagógico de educación odontológica, y los dentistas comenzaron a ser producidos regularmente, garantizándose de este modo, simultáneamente, la producción social de dentistas y la reproducción de la odontología.

Llegado el momento, la nueva profesión pudo anunciar que su objeto era la realización de operaciones sobre los dientes, abandonando otras pretensiones quirúrgicas, y al así restringirse, rescataría lo que siempre habría sido —y desde siempre, según esta concepción restringida— el trabajo de los verdaderos dentistas de todos los tiempos: “limar, obturar, extraer y sustituir dientes” (Godon, 1901).

Es necesario prestar atención a lo que se está diciendo, pues tal concepción recubre nuestro imaginario en la contemporaneidad y nos impide percibir que en su origen este “centrado dental” se opone a las definiciones actuales sobre la profesión, contenidas en las Directrices Curriculares Nacionales de Brasil (DCN), en las que se declara la intención de formar un profesional generalista, con sólida formación técnico-científica, con contenido humanístico y ético, y orientado hacia la promoción de la salud, *la prevención y el tratamiento de las enfermedades bucales prevalentes* (CNE, 2002; Haddad *et al.*, 2006; Zilbovicius, 2007; cursivas agregadas). Se volverá a esta cuestión un poco más adelante.

Aquella posición, por lo tanto, respondía a la pregunta: “¿qué caracteriza a un dentista?” y también vino a responder a otras tantas: “¿hay peligro en la práctica del dentista?”, “¿es necesario tener formación médica para ejercer el arte?”, “¿existen enfermedades dentales, es decir, los tejidos dentales están sujetos a enfermarse como los demás tejidos del cuerpo?”, y una fundamental: “¿existe un diente normal?”. Estos cuestionamientos se plantearon en el momento en que, en el siglo XIX, las especialidades médicas se estructuraban y tomaban forma las políticas de reparto del cuerpo humano según aparatos y funciones.

La legalidad dental, es decir, la autorización pública que otorga la odontología a la sociedad, se basó en los siguientes enunciados:

- 1) Casi no se puede hablar de patologías dentales, sino más bien de lesiones: Esta fue la posición de Sir John Tomes (1815-1895), famoso anatomista y patólogo inglés. Practicante del arte dental, Tomes, y también su hijo Sir Charles Sismore Tomes (1846-1928), entendían que los principios que regían la patología no se aplicaban al órgano dental. Según él, no existía en el esmalte ningún proceso mórbido que pudiera ser caracterizado en esa condición, es decir, en una condición patológica, ya fuera infecciosa o de cualquier otra naturaleza. *Había lesiones*. Aun así, el proceso, o *la causa*, era externo, sin comunicación sistémica con el organismo, y no influido por ninguna disposición de la fisiología, dado que, embriológicamente, la génesis dental no dependía ni se dejaba

influir por el estado general del individuo, por ejemplo, el metabolismo del complejo calcio-fósforo. Por esta razón, se descartó la posibilidad de que la práctica odontológica necesitara regirse por los mismos principios que rigen las demás especialidades médicas.

- 2) Los dentistas manipulan medicamentos en dosis anodinas: esta fue la posición de Paul Bert (1830-1886), médico anestesista, profesor de medicina, investigador, exministro de Instrucción Pública, exgobernador de Indochina y exministro de Asistencia Pública. Como otros notables de la época, Bert apoyaba el proyecto odontológico. Cuestionaba la evidencia de que los dentistas usaban sustancias tóxicas o peligrosas, como afirmaban los opositores de dicho proyecto. Claro, decía él, es verdad que los dentistas manipulan sustancias peligrosas, pero esto se hace “en dosis tan pequeñas y anodinas que no resultan en ningún peligro para los pacientes”. De ahí que afirmara que el dentista no necesitaba, en su formación, un conocimiento profundo de la fisiología y la patología.

Dos posiciones más se suman o derivan de estas dos primeras. Una reafirma que la economía dental (el funcionamiento dental) no comunica (no interfiere) con la economía del cuerpo (el funcionamiento del cuerpo); y otra destaca que no existe una “normalidad dental” (el diente normal sería un mito) y, por lo tanto, no habría peligro en la práctica del dentista y, en consecuencia, no habría necesidad de control público de la práctica profesional, permaneciendo en el ámbito de una relación privada.

Estos cuestionamientos fueron respondidos casi al mismo tiempo, y todas estas posiciones, finalmente, fueron políticamente garantizadas mediante la reiteración de que la actuación del “verdadero dentista” históricamente nunca había superado los límites gingivodentales, y no superaría tales límites en la contemporaneidad. Con la existencia material de la asociación y la escuela, se dieron las condiciones de posibilidad para que emergiera la nueva profesión, una condición política y estatal, claro está, pero con el apoyo del mundo académico y científico.

En conjunto, estas teorías tuvieron como función dar efectividad a la práctica de los dentistas y legitimarlas ante la sociedad, procediendo a la primera separación entre lo bucal y lo dental, ya que a partir de entonces los dentistas se dedicarían, sobre todo, a las operaciones sobre los dientes, haciendo innecesaria cualquier referencia a una clínica de enfermedades de la boca y de los dientes, es decir, a una clínica estomatognática o estomatológica.

Es pertinente asociar esta separación con el desgarramiento entre el diente y el alvéolo óseo, esta desvinculación del diente en relación con el cuerpo humano. También es oportuno recordar que este recorte en la actuación del cirujano-dentista corresponde a lo que comúnmente se denomina “el arroz con frijoles” de la práctica —dentística, algo de periodoncia, cirugía y prótesis—, el día a día de un dentista común. Y, sorprendentemente (o quizás no tan sorprendente), este día a día no es muy diferente de lo que hace el *dentista práctico*, es decir, en el plano de las operaciones sobre los dientes, los dentistas con formación regular en universidades y los sin formación se equiparan (Warmlig *et al.*, 2006).

Prestemos atención, pues se trata de una clínica en la que no hay enfermedad, solo instituciones. Por eso, Freitas dirá que “la odontología se establece como profesión técnica, se consolida como práctica y no como ciencia, y solo mucho tiempo después se preocupará por volverse «científica»” (Freitas, 2001).

Ciertamente, había *cientificidad* en la manera en que los investigadores odontológicos abordaban la producción de conocimiento y buscaban dar fundamento científico a la elección de nuevas técnicas o la introducción de nuevos materiales de restauración, por ejemplo. No por casualidad, uno de los sectores que más se desarrolló en la odontología en todo el mundo fue precisamente este, junto con los dentífricos y enjuagues bucales (Manfredini & Botazzo, 2006), sin olvidar las técnicas operatorias de Black, de principios del siglo XX, especialmente las de preparación cavitaria con extensión preventiva, que solo fueron abandonadas muchas décadas después, casi a finales del siglo, debido a la evidente invasión, compromiso y destrucción de los tejidos dentales sanos.

Pero ¿qué significa, exactamente, decir que no hay clínica en este contexto o que se trata de una clínica en la cual no hay enfermedades, solo instituciones? Prestemos atención nuevamente y veamos cómo esto sería posible. Inicialmente, debemos reconocer que toda actividad clínica se basa o se divide entre la anatomía, la fisiología y la patología. El practicante conoce la estructura *normal* del cuerpo humano, su funcionamiento y las alteraciones a las que puede estar sujeto. Son indispensables tres conceptos aliados y simultáneos: el de célula, el de tejido y el de órgano. La descripción moderna del ser vivo se vuelve posible con el uso combinado de estos tres conceptos, que son también los términos que permiten describir las alteraciones que sufren, concebidas como proceso patológico. Estos conceptos, en última instancia, tienen la propiedad de indicarnos cuánto y qué se ha desviado de la estructura *normal* y de la función *normal* correlativa. Ya sabemos que la función es algo que no vemos, pero cuyos efectos sentimos. En resumen, la anatomía patológica nos permitió comprender cómo tal síntoma o señal particular correspondía a tal o cual alteración en el órgano o los órganos implicados. Este sentido de localización es imprescindible para establecer los nuevos (y contemporáneos) significados médicos de la enfermedad. Junto con la microbiología, proporcionaron otra base epistemológica y otra justificación técnico-política para sustentar, en la sociedad capitalista moderna, la modernidad de la clínica médica (Canguilhem, 1995; Foucault, 1980).

¿Y qué vendría a ser, exactamente, la definición de clínica? Sabiendo que en la actualidad existen numerosas clínicas, incluidas las del ámbito psicológico, la primera relación debe establecerse con la clínica médica en un nivel de generalidad, y luego con sus especialidades en un nivel concreto, pues es en este último donde aparecen las posibilidades prácticas del arte de curar. Recordemos que, entre estas artes, históricamente, se incluye el arte dental. Clínica, recordemos nuevamente, se refiere, etimológicamente, al examen clínico realizado con el paciente en la cama —*klinomai*, que significa: estar acostado— (Hipócrates, 2002). Todas las clínicas, en fin, se organizan según los mismos preceptos y guardan semejanza en cuanto a los métodos: queja, anamnesis, examen físico (*perfil* psicológico), hipótesis diagnósticas, exámenes complementarios, diagnóstico, tratamiento, pronóstico. Inicialmente,

destaca la historia clínica, pues ocupa un lugar central para la interpretación o comprensión del malestar del individuo o del sujeto que busca la ayuda del especialista. Según el *corpus hipocraticum*, se exige del profesional criterios rigurosos respecto a los procedimientos que deben adoptarse:

Examinemos desde el principio las semejanzas y las diferencias, las más fáciles, las que conocemos por todos los recursos. Lo que se ve, lo que se toca, lo que se oye; lo que puede percibirse con la vista, con el tacto, con el oído, con la nariz, con la lengua, con la mente; lo que puede conocer todo aquello con lo que conocemos. (Entralgo, 1998)

Como un epíteto, este pasaje marca la práctica clínica y la actividad médica (o médico-quirúrgica, entendámoslo bien) como una *téchne*, es decir, un modo específico de hacer, “un saber hacer, sabiendo por qué se hace lo que se hace”.

La organización del procedimiento clínico o la enseñanza del arte de curar obedece a los siguientes pasos: 1) conocimiento del hombre sano; 2) conocimiento del hombre enfermo, lo que implica una nosología, una etiología, una morfología patológica, una fisiología patológica, una fisiopatología general, una fisiopatología específica y una nosognóstica (o el conocimiento científico de la enfermedad frente al hombre que la padece). Esta última tiene para nosotros un interés particular porque involucra el estudio de los signos y síntomas (los señales percibidos por el médico merecen el nombre de signo, *semeion*, y constituyen el objeto de la semiología o semiótica), una doctrina de los procesos mórbidos (patografía o doctrina de la historia clínica), una clasificación de las enfermedades o taxonomía y un arte para reconocer en el enfermo los síntomas y señales de su enfermedad, comprendida como el arte de la exploración y diagnóstico. Los demás pasos implican la conservación del estado de salud —una *higiene privada*—, las relaciones del enfermo y la enfermedad con la sociedad (medicina legal, salud pública, medicina del trabajo, etc.) y, finalmente, la enseñanza y las condiciones de ejercicio del arte (Entralgo, 1998, pp. 25-27).

Estos aspectos entrelazados son los que constituyen los problemas a través de los cuales el arte de curar se eleva, se diversifica y puede ser ejercida satisfactoriamente, reiterando Entralgo una vez más, para quien “sin una constante alusión al arte del diagnóstico, a la clasificación de las enfermedades y a una teoría de la enfermedad, no es posible entender la estructura, el contenido y la intención de una historia clínica” (Entralgo, 1998, p. 9). Es decir, la historia de la enfermedad del hombre enfermo o, simplemente, la historia del hombre. Pues, como se ha dicho en otra ocasión, *es en la anamnesis donde se constituye el caso clínico, es en la anamnesis donde aparece el enfermo con su enfermedad* (Capítulo 6 de este libro).

Adquieren relevancia y son de sorprendente actualidad, por lo tanto, las palabras de Hipócrates respecto al significado filosófico de los estudios médicos:

Algunos sofistas y médicos dicen que no es posible saber medicina sin saber qué es el hombre, y que quien desea practicar con habilidad el arte de curar debe poseer este conocimiento. [...] Me parece que estamos lejos de tales

conocimientos, quiero decir, de saber qué es el hombre [...] así, creo firmemente que todo médico debe estudiar la naturaleza humana y buscar con cuidado, si quiere cumplir con sus obligaciones, cuáles son las relaciones del hombre con sus alimentos, con sus bebidas, con todo su modo de vida y cuáles influencias cada cosa ejerce sobre cada uno. (Hipócrates, 2002, pp. 36-37)

El Viejo Médico aquí explicita su posición de que es con los hombres con quienes la medicina debe ocuparse, de cierta manera una *antropología*, tanto como había explicitado la necesidad de estudiar los lugares, las aguas y los aires, en gran medida lo que hoy denominaríamos *ecología*. Por eso, en este plano de generalidad o abstracción, siempre es posible deducir al hombre (y a la sociedad) desde la posición médica, incluso si la juzgamos equivocada.

En la teoría odontológica no existe la concepción biológica de individuo, es decir, un individuo-cuerpo o un sujeto-cuerpo; el diente ocupa un lugar central en el fundamento de la práctica, él es el *individuo* de la odontología, el *cuerpo* que ha sido disecado, diafanizado y abierto para comprender el proceso mórbido que allí se instala. Tal es la presencia de esta concepción dental de *individuo* que el diente también se denomina *elemento* —un *elemento dental*— y así se puede decir: el cliente perdió tantos elementos dentales, o el elemento estaba muy cariado. El diente aislado se concibe como el signo de la profesión, el representante, un significante. Está presente en todas las tarjetas de visita, placas de consultorios e ilustraciones de publicaciones, pero antes fue entronizado en la mente del estudiante al inicio de sus estudios odontológicos, cientificizado como una disciplina y practicado mediante su escultura, como la producción de un tótem —un *exvoto*— en cera.

Desde el punto de vista de la función bucal —masticatoria, por ejemplo— un diente aislado no significa nada, pues sin el diente opositor su función estricta —corte, desgarrar o trituración— no se cumplirá. Un incisivo solo cortará si tiene un incisivo opuesto, y de igual manera un molar o un canino. Incluso si el sujeto tiene 5, 10 o 12 dientes en su boca, si no hay un diente opositor no habrá oclusión y, por lo tanto, no habrá función masticatoria. En esta perspectiva, el diente aparece como una institución; marcaría tiempos, ritmos, modos de hacer —ciertas técnicas—, fijaría la identidad profesional y delimitaría el territorio de una intervención.

En este sentido exacto, el diente finalmente aparecería como un lenguaje, *una lengua dental* que hablaría del deterioro de los dientes y de su cuidado, del modo en que deben ser cuidados tanto por su propietario como por los dentistas, evidentemente. Sería posible recuperar al hombre en su totalidad en estos discursos, pues es posible recuperar al hombre por entero a partir de su boca y sus dientes, pero la odontología no logra hacer tal recuperación, y esto se debe a que el concepto de “elemento dental” enfermo (o sano) no es un recurso lingüístico y sociológico suficiente. Así, el hombre que aparece en el discurso odontológico no es más que un simulacro. En la teoría odontológica no existe el hombre —enfermo o no—, sino *elementos dentales comprometidos*. Esta es la institución, aquello que funda o da estatus a la profesión, junto con la enseñanza técnica con énfasis en la habilidad manual y la formación en banco, de la cual deriva el esmero del profesional en su trabajo. En

esta dimensión, basta pensar en la lesión dental, prescindiendo de cualquier otra referencia a la clínica.

De hecho, desde el punto de vista práctico, poco importa la causa de la cavidad o del problema a ser corregido; en el plano de las reconstrucciones dentales inmediatas, basta con un ataque ácido y un acondicionamiento del esmalte, basta con elegir el color de la resina. No por casualidad, en la relación de especialidades del Consejo Federal de Odontología², en 2008, de los 220.000 cirujanos dentistas inscritos, solo 13.000 se dedicaban a alguna práctica diagnóstica (por imagen, por semiotécnica o anatomopatología), lo que representa un 5,90% del total, y si consideramos solo a los “estomatólogos”, especialidad que sustituyó lo que antes se denominaba “diagnóstico bucal”, encontramos un escaso 0,90% (CFO, 2008). Es decir, mayoritariamente, la odontología interviene sin que haya un diagnóstico o, cuando mucho, se conforma con un diagnóstico parcial. En el fondo, se mantiene la antigua práctica de hacer un “presupuesto” en la primera visita. Y de este modo, cualquier interés por la historia clínica se vuelve innecesario.

Incongruencias de una teoría

Por más técnica que fuera, la profesión muy pronto necesitó una teoría con la cual explicar el deterioro dental. La nueva profesión entró en escena sin haber producido conocimiento nuevo sobre su objeto. Algunos autores, especialmente Émile Magitot (1843-1897), fueron rigurosamente ignorados, ya que eran adversarios políticos dentro del movimiento emancipatorio. A pesar de esto, la profesión no pudo ignorar por completo las teorías en boga y así se convirtió parcialmente en heredera del conocimiento producido en la modernidad del siglo XIX. Esto implicó, entre otros aspectos, el pleno desarrollo de la embriología y la diferenciación de los tejidos dentales, la descripción de las fases o etapas de la dentición, la clasificación de los quistes y tumores de la cavidad bucal, y la de los dientes incluidos, el desarrollo de la anatomía bucal y dental, la producción *in vitro* de la disolución del esmalte en presencia de ácidos, con la consecuente formación de cavidades, y las primeras descripciones de la microbiología bucal. De igual modo, se observó el desarrollo de nuevas tecnologías y nuevos materiales de uso protésico-restaurador, instrumentos y técnicas (Botazzo, 2010; Ring, 1985).

El caso, sin embargo, sigue siendo otro. Es sabido que Pierre Fauchard (1678-1761), en el siglo XVIII, clasificó 130 especies diferentes de enfermedades bucodentales. La clasificación de enfermedades era un modo específico de conocer, tanto como la clasificación en las ciencias naturales, en la botánica y en la zoología. El hecho es que Fauchard, siguiendo la tradición hipocrática y galénica, denominaba “caries” indistintamente a un sinnúmero de enfermedades bucodentales. Etimológicamente, caries

² Equivalente a la Confederación Odontológica de la República Argentina (CORA).

es una palabra que viene del griego, a través del latín, y significa *podrido, descompuesto*, y también *rancio* o *carcomido*. En el siglo XVIII, recordemos nuevamente, los dientes eran considerados huesos, la distinción embriológica o el concepto de tejido aún no había emergido en el conocimiento fisiopatológico, de modo que simplemente la Medicina y la Cirugía de la época describían la *descomposición* de los huesos. Solo cuando se separaron, embriológicamente, los dientes de los huesos, en el siglo XIX, se hizo obligatorio el uso del adjetivo; así, se empezó a distinguir entre “caries dental” y “caries ósea”, por ejemplo, y esta última, más tarde, recibió otras denominaciones: osteítis, que es la infección del hueso, y, en presencia de secuestro, se llama osteomielitis. La denominación “caries” permaneció por tradición, ahora refiriéndose exclusivamente a los dientes (Botazzo, 2010; véase el Capítulo 3 de este libro).

Hay una diferencia significativa entre la caries de esmalte y la caries de dentina. La primera es de naturaleza química, sin reacción del organismo; la segunda es proteolítica e inflamatoria, con reacción del organismo o respuesta fisiológica. En todos los manuales y como confirmación de la teoría, la caries de esmalte y la caries de dentina se describen en capítulos distintos. Es importante destacar, sin embargo, que el proceso clásico descrito en los manuales y aceptado por los autores se refiere exclusivamente al esmalte, incluyéndose en él las manifestaciones positivas o negativas del flúor. En este caso, llamemos a esas manifestaciones negativas *efecto teratogénico*, porque se produce en el período embrionario y afecta exclusivamente al órgano del esmalte. Así sucede con este efecto teratogénico del flúor conocido como fluorosis. En ningún caso se verifica cualquier intercambio metabólico u otra forma de interacción entre la dentina y el flúor, cualquiera que sea su presentación, dosis o modo de aplicación.

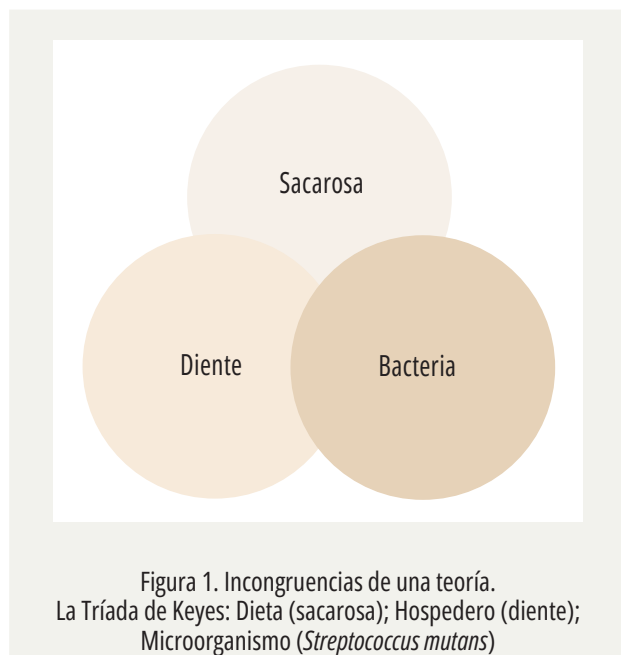
Desde el punto de vista sociológico y mediático, existe una abundancia discursiva, ya que en el mundo occidental se habla mucho de la caries dental. Es un tema cotidiano que afecta tanto a niños como a adultos en cualquier situación social. Esta abundancia de referencias se atribuye a la profesión, pero sería más acertado, si queremos entender mejor dicha abundancia, interrogar primero a la *industria odontológica*. Tener buenos dientes y cuidarlos es el tema preferido en todas las comunicaciones en los grandes medios. Sin embargo, es notable en todas estas manifestaciones el silencio en torno a los mutilados socialmente producidos por la práctica odontológica. Sin duda, este es el punto de convergencia donde se construyen y aparecen en el imaginario colectivo las fronteras coalescentes de la industria y la odontología. Se imagina que las prescripciones de una y de otra están confundidas, dando la impresión de que sus intereses son los mismos. Y generaciones de dentistas creen que, al hacer prelecciones educativas sobre el consumo de sacarosa o la necesidad del cepillado, están dando *cientificidad* a enfoques que la propaganda realiza sin base clínica o científica, como piensan algunos, cuando la propaganda de cepillos y pastas “anticaries”, que llega a millones de personas, está cuidadosamente y científicamente elaborada. Así, es la industria la que construye eficazmente la caries dental como enfermedad madre; la profesión le da legitimidad a tal constructo y, a través de la escuela, garantiza su reproducción. Finalmente, las políticas públicas proporcionan o son la condición de posibilidad para que todo este arreglo se instale y prospere. En

Brasil, fue notable la expansión del mercado de productos para la limpieza bucal, la producción y el consumo de cepillos, pastas y enjuagues bucales, nunca antes vista en los tiempos anteriores a la Reforma Sanitaria. Este aspecto de la economía de la salud sin duda requiere más estudios, pero desde ya queda indicada la pertinencia de la observación, como lo demuestra (Manfredini *et al.*, 2006).

Una breve revisión de la literatura y los manuales permite, sorprendentemente, percibir las incongruencias de las teorías odontológicas sobre la caries. Es en el plano discursivo donde las afirmaciones bioquímicas se desmoronan. Se puede elaborar el siguiente esquema de preguntas:

- 1) ¿Enfermedad microbiana o metabólica?: la pregunta es pertinente porque los autores insisten fuertemente en la etiología microbiana de la caries, y no hay nadie hoy en día, desde la década de 1980, que no implique al estreptococo *mutans* en la producción de ácidos en la placa, estimulada por la sacarosa. Las placas (o biofilm, como se pretende hoy en día) son formadas por bacterias y se acumulan en las superficies dentales por falta de cepillado. Tal como un mantra repetido numerosas veces al día, una cita es significativa: “La caries dental es una enfermedad microbiana de los tejidos calcificados de los dientes, caracterizada por la desmineralización de la parte inorgánica y la destrucción de la sustancia orgánica del diente” (Shafer *et al.*, 1985). Pero la sorpresa surge pocas páginas después, en los mismos autores, cuando afirman: “...el factor dietético parece ser más significativo, especialmente porque la incidencia de la caries aumenta con el contacto con alimentos «civilizados»”. Podría parecer que esta es una posición aislada, pero la consulta a otros autores revela el mismo contenido: “La dieta desempeña un papel central en el desarrollo de la caries dental.” (Thylstrup & Fejerkov, 1988).
- 2) ¿Enfermedad étnica o civilizatoria?: si recordamos la posición de Salvador Lerman, citado al inicio de este capítulo, no parecerá extraña la referencia al proceso civilizador o a los aspectos étnicos o raciales involucrados en la etiopatogenia de la caries, sin que tales aspectos hayan merecido ningún esfuerzo teórico por parte de los investigadores para la elucidación de su mecanismo. Sin embargo, afirman: “Será suficiente citar algunos estudios de varias áreas geográficas involucrando diferentes razas, para ilustrar la influencia evidente de la civilización sobre la caries dental” (Shafer *et al.*, 1985). Y lo afirman impunemente.
- 3) La Tríada de Keyes: se trata de una concepción que estuvo en boga en los años 1970 y 1980, en el ámbito de la medicina preventiva de Leavell & Clark, y que tomaba prestados de la parasitología términos como huésped, agente infeccioso, medio ambiente, etc., y en la epidemiología es conocida como “la balanza de Gordon” (John Everett, 1890-1983)³. La Tríada de Keyes sigue teniendo un amplio uso y aceptación incluso en la actualidad. De manera simplificada, Keyes relaciona dientes, sacarosa y microorganismos, como se muestra en la Figura 1.

³ Una concepción de multicausalidad, de 1950, en la que el fulcro representa factores relacionados con el medio ambiente, y en cada plato están colocados los factores del agente y del huésped.



En la confluencia de los factores, se produce la caries; por el contrario, al remover uno de los factores, no se producen caries. El caso de la notable fragilidad de tal postulado radica en que el “hospedero” no es el hospedero clásico de la parasitología, sino los dientes del hombre, la dieta es la dieta del hombre, la bacteria es la bacteria del hombre y, finalmente, el medio ambiente no es otro que la propia boca del hombre. Desaparecen referencias necesarias al mundo exterior, al medio circundante e, incluso, a la sociedad. Sin embargo, contiene aun una fragilidad más notable, pues, si la ausencia de uno de los factores evita la producción de caries, se puede fácilmente concluir que la remoción de los dientes de la boca del hombre es el medio más eficaz para prevenir caries, ya que sabemos que controlar la dieta e impedir la existencia de microorganismos son tareas difíciles, si no imposibles (Figura 2).

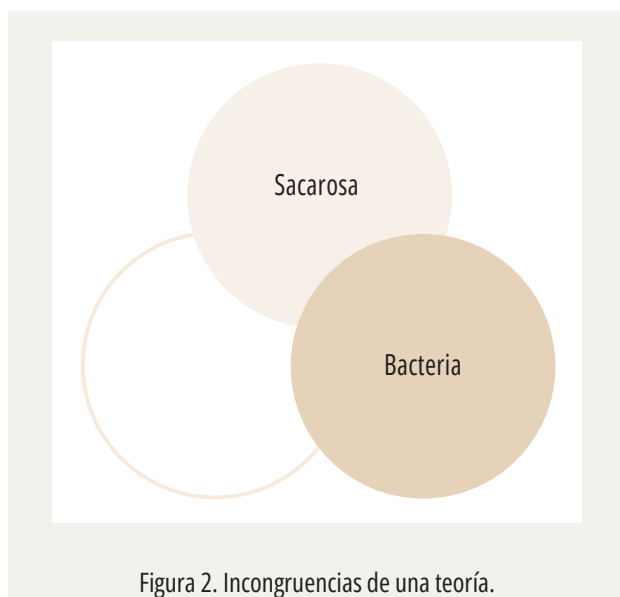


Figura 2. Incongruencias de una teoría.

De hecho, si tomamos en cuenta el grado de desdentamiento de la población, esta ha sido la práctica *popular* de la profesión, que seguiría al pie de la letra este postulado (Oliveira, 1991). Con tal criterio, se podría argumentar que el mejor medio para prevenir la cirrosis hepática sería la remoción del hígado y también podríamos prevenir un sinnúmero de enfermedades pulmonares mediante la ablación completa de los pulmones. Afortunadamente, no se ha generalizado el argumento...

- 4) Otras incongruencias de una teoría: “Las personas que jamás presentan lesiones de caries son denominadas ‘libres de caries’, no habiéndose encontrado una explicación satisfactoria para [esa] resistencia...” (Shafer *et al.*, 1985). Debería investigarse en estos grupos la ingesta de sacarosa y la frecuencia del cepillado, y ver si en ellos se confirman las teorías odontológicas. Se prefiere, en cambio, hacer afirmaciones encriptadas y poco científicas.

“Durante más de un siglo, la odontología fue considerada como una profesión esencialmente preocupada con el *tratamiento de los síntomas*, lo que se confirma por el exagerado número de restauraciones y extracciones” (Thylstrup & Fejerkov, 1988). He aquí otra afirmación desacertada. El síntoma, como todos saben, es algo subjetivo,

es lo que el enfermo dice o siente. Así, una cavidad o una lesión en un diente —señal objetiva— no puede confundirse con los sentimientos o la percepción del paciente.

“... [Es] clara la distinción entre la caries dental, una enfermedad infecciosa, y su resultado, *la lesión de caries*, quedando bien evidente que *la enfermedad* Caries Dental se establece en la boca *algunos años antes* de la aparición de sus signos clínicos, las cavidades” (Weyne, 1988). Otra afirmación que se desvía de los conceptos corrientes de la infectología y de la patología general. Una infección presenta signos y síntomas. Como cualquier otra enfermedad, sin embargo, puede ser asintomática o tener signos subclínicos, pero no fue eso lo que afirmó Weyne, quien además utiliza inespecíficamente el concepto de pre-patogénesis, nuevamente una referencia a Leavell & Clark (1976), aunque sin consistencia. El autor continúa: “Esto implica [...] que es *posible diagnosticar* e interferir en el proceso *antes de que las lesiones aparezcan* en la boca, estimando *la gravedad de la enfermedad* mediante la obtención de información sobre *los hechos* que influyen en el curso de los eventos...” (Weyne, 1988).

Sin duda, es posible hacer predicciones, siendo igualmente posible prever con cierto margen de error el curso de determinados eventos. Esto, sin embargo, no tiene nada que ver con la actividad clínica frente al hombre enfermo de la boca o de otra parte del cuerpo. Tiene, más bien, relación con la epidemiología, pero en este campo del conocimiento no existen órganos o tejidos, sino poblaciones, de modo que nuevamente nos encontramos ante la imprecisión conceptual o la fluctuación terminológica de Weyne. Esta posición, más bien, tiende a culpar al paciente o a intentar transformar personas sanas en enfermas, y debe ser juiciosamente evitada por el profesional consciente.

A modo de conclusión

La forma de la ideología precede a la ciencia en numerosos momentos de la vida práctica. Según Canguilhem, muchas veces la ciencia se inicia en las formas ideologizadas de la existencia social que más tarde buscarán modos de volverse científicas o de científicarse. Tienen, así, más relación con la política o con las manifestaciones colectivas de voluntad y, por ello, implican sistemas de creencias. También se construyen y se reproducen en esta condición, es decir, de ser aparentemente científicas o de basarse de manera remota en la ciencia, funcionando como disciplinas o, mejor dicho, como dispositivos disciplinarios. En esta condición, son sistematizadas, enseñadas y metodológicamente reproducidas. Funcionan como estructurantes para la constitución de sujetos prácticos (Canguilhem, 1977; Foucault, 1985).

Podemos ver en estas afirmaciones los momentos sociales y políticos que rodean la emergencia de la odontología y la permanencia (reproducción) en el tiempo de sus teorías. Es, como se dijo en otra ocasión, para la profesión, incluidas enseñanza y práctica, la permanente necesidad de:

...expresar verdades sociales odontológicas, las de la sociedad que la odontología recrea, que son los discursos acerca del consumo de sacarosa, las

técnicas de cepillado y los buenos hábitos bucales, esas cosas de las que los sujetos concretos en la sociedad deberían ocuparse y que es deber del dentista recordarles permanentemente (y que terminan permaneciendo en la memoria del dentista). (Botazzo, 2006)

Una teoría así formulada —como lo son las teorías sobre la caries dental— solo puede subsistir como ideología, su demostración como teoría es imposible y, si se sometiera al escrutinio de los hechos y de la ciencia, se vería en apuros. Por ello, aunque sea parcialmente, la odontología busca científicarse permanentemente, pero es como creencia que su práctica se sostiene.

Se cree que la odontología existe desde los albores de la humanidad, que la caries dental es una entidad nosológica única, se cree que donde hay dientes habrá caries, o que basta con que haya dientes para que se pueda fundar inmediatamente la odontología, se cree que los reptiles del Mesozoico tuvieron su extinción acelerada por *afecciones dentarias*, se cree que los dentistas fueron desde Asclepio los ayudantes de los médicos, o que la profesión odontológica es sucesora de los barberos medievales, que el tratamiento dental no interfiere en la fisiología general y que solo las operaciones sobre los dientes (límites gingivodentarios) interesan a la práctica, que la prótesis y la dentadura natural son equivalentes, que comer azúcar llevará a la pérdida de los dientes, y que también se perderán si no se cepillan correctamente, se cree que las personas no dan importancia a su boca y a sus dientes, creemos que los procedimientos odontológicos son caros y que los equipos y materiales son importados, y por eso la cobertura pública de la asistencia odontológica es escasa, se cree que si los bebés son manipulados odontológicamente, saldrán con sus dientes indemnes, tanto como se cree que si la embarazada es manipulada odontológicamente (y orientada a no comer dulces), habrá una transferencia simpática al feto, *que también nacerá sin el dulce deseo*; en fin, la lista de creencias es larga y forma un verdadero sistema, cubriendo vastos campos del conocimiento, desde la historia hasta la antropología, desde la psicología hasta la ciencia política, pasando por la bioquímica y la física, conocimientos que serán torpemente convocados para darles sustento.

La fisiología de la placa, por ejemplo, implica la producción no solo de ácidos, sino también de otros complejos bioquímicos, tales como peróxidos e hidroxilos, y en última instancia, el resultado final de la actividad microbiana —de cualquier bacteria— es la producción de ácidos (láctico y otros), peróxidos, etc. Finalmente, la buena teoría indica que la placa (o biofilm) solo actúa según efectos relacionados con el efecto tampón de la saliva, la duración de la exposición a los azúcares (cualquier azúcar: manitol, sorbitol, sacarosa, fructosa, lactosa, etc.), la anatomía dental, la extensión de todo esto en el tiempo, y todo esto junto solo puede ser comprendido si entendemos al hombre y su relación con otros hombres en sociedad y consigo mismo.

Pero el discurso odontológico procesa la reducción de esta complejidad a solo unos pocos términos, positivamente dispuestos como verdad, en los cuales se destaca el consumo supuestamente abusivo de azúcares y el cepillado inadecuado o inexistente. Además, la fijación del binomio cepillo-sacarosa anima el imaginario de la profesión, y a tal punto, que incluso ante afecciones inmunodependientes, como es el

caso de la periodontitis, se sigue insistiendo en la necesidad de la remoción mecánica del biofilm, cuando se sabe que las cerdas del cepillo no alcanzan el fondo de las bolsas ni remueven las colonias de bacterias gramnegativas o anaeróbicas allí instaladas.

Se observan otras incongruencias. Tal es el caso del índice CPO, compuesto por realidades cualitativamente distintas que acaban englobadas en un valor único, el cual se expresa como “la verdad” matemática sobre la caries dental. “C” es un diente cariado. Por “diente cariado” se entiende un diente con una cavidad o una cavitación obvia. Actualmente, no se aceptan exámenes epidemiológicos con exploradores de punta aguda, sino con punta roma, justamente para evitar confundir cavidades con ranuras en la superficie del esmalte. Así, si se trata de un diente “verdaderamente cariado”, esto es epidemiológicamente indiferente, pero se registra la ocurrencia o presencia de una cavidad. Si esta cavidad fue producida por una bacteria o por un dentista, esta diferencia no está al alcance del examinador. De igual manera, la “O” indica un diente obturado, y que el diente se encuentre en esta condición equivale matemáticamente a su contrario. Finalmente, “P” significa diente perdido, lo que aumenta la incongruencia, ya que estar cariado, obturado o incluso no existir, realidades cualitativa y cuantitativamente distintas, nuevamente encuentran correspondencia o equivalencia matemática. Pero aún es necesario decir que para el examinador o para la epidemiología, si un diente no existe o no se encuentra presente en la cavidad bucal, además del eufemismo de llamarlo “perdido”, se dirá, sencillamente, que se ha “perdido por caries”, cuando podría haberse perdido por traumatismo, por enfermedad periodontal o, simplemente, y lo más común, por la actuación de la profesión. “P”, podemos decir sin rodeos, es más una función de “O” o “D” (odontología o dentista) que de “C” (caries).

Encerremos estas digresiones que ya no exigen efectividad. A pesar de no parecerlo, la profesión odontológica es parte de los dispositivos de biocontrol sobre los hombres (y mujeres, etc., o sobre la sociedad). Los niños deben aprender a limpiar su cuerpo y, de igual manera, deberán aprender a limpiar su boca, siendo que la limpieza, en este caso del proceso civilizatorio y de la coerción y control, significa control de la verbalización: no decir palabras sucias, y control masticatorio: no usar los dientes como arma o instrumento de agresión. El control de las funciones bucales, sin embargo, como apariencia, se establece mediante la reiteración del discurso sobre la necesidad (infantil) de enseñar a los hombres y mujeres las técnicas de limpieza dental y, desde la modernidad, reprimir el deseo de todos por alimentos dulces.

Los reformadores de la profesión y de la enseñanza odontológica proponen, de cierto modo, la permanencia de las teorías odontológicas en su plan de reforma porque les son “familiares”. Al mismo tiempo, proponen como perfil del profesional a ser formado: que sea “generalista, con sólida formación técnico-científica, humanística y ética, orientada a la promoción de la salud, con énfasis en la prevención de enfermedades bucales prevalentes” (Haddad, 2006). Es posible, a la luz de lo que se acaba de exponer, que la primera de estas consignas sea removida por la segunda, y que tener una sólida formación científica y técnica signifique pensar la práctica odontológica y sus términos tal como los conocemos, lo que implicaría instaurar, de manera definitiva, una clínica de enfermedades de la boca y de los dientes. Por otro

lado, también es posible que sigamos formando profesionales basados en el viejo sistema de creencias, donde predominan las instituciones, pero no hay clínica.

Para terminar, una pizca de ideología (deseo de libertad) y un poco de poesía: la boca está hecha para brillar, sus vísceras son vísceras que no transpiran interioridad: en todo ellas son exterioridad, en todo ellas son la diferencia entre el exterior y el interior, entre naturaleza y cultura.

Capítulo 15

La bucalidad en el contexto de la estrategia de salud de la familia: Ayudando a promover la salud de individuos, grupos y familias

La bucalidad se ha entendido como la capacidad de la boca para ser boca, es decir, para ejercer sin limitación o deficiencia las funciones para las cuales anatómicamente está apta¹. Estas funciones o trabajos han sido descritos como la masticación, la erótica y el lenguaje (Botazzo, 2010, 2024; ver capítulos 8 y 9 de este libro).

La masticación implica aprehender, triturar, insalivar y deglutir. Esta función reúne dientes, mucosas, glándulas salivales, lengua y músculos bucales en estricta solidaridad y sinergia, de modo que produce el bolo alimenticio y permite su paso por el canal bucofaríngeo. Así es como los alimentos secos, como nueces y castañas, terminan suavemente lubricados y se degluten sin dificultad. La anatomía dentaria humana es determinante para esto, ya que proporciona superficies oclusales o bordes incisales adaptados al corte y trituración de prácticamente todo lo que puede considerarse comestible o palatable, junto, evidentemente, con la introducción de la olla (hierro, bronce o barro) en la preparación de alimentos (Calasso, 1990).

No toda acción alimentaria se reduce a la masticación. De hecho, la nutrición del bebé, al menos en los primeros meses de vida, se realiza mediante succión, lo que prescinde de la existencia de dientes. A excepción de este caso o si la alimentación se lleva a cabo mediante la ingestión de alimentos en forma líquida o pastosa, la masticación implica, siempre, la presencia dental.

La erótica es una parte relevante de las expresiones bucales en las sociedades humanas, tanto antiguas como contemporáneas, y no solo como realización sexual, sino también afectiva, emocional y amorosa. Filogenéticamente, el contacto bucal entre mamíferos es una manifestación evidente y puede observarse a lo largo de su vida. Además, siendo animales de sangre caliente, con pelos y glándulas distribuidas por todo el cuerpo, con un telencéfalo desarrollado, habilidad manual y motricidad únicas, y con una organización social razonablemente compleja, el contacto físico y la manipulación mutua del cuerpo tienen diferentes traducciones de jerarquías, relaciones de poder y dependencia. El contacto inicial del cachorro con la madre se

¹ Editado originalmente en *Salud bucal de las familias. Trabajando con evidencias* (Moysés; Kriger & Moysés, 2008, pp. 81-88); véase también *Diálogos sobre la boca* (Botazzo, 2013e, pp. 288-301).

establece como una relación boca—pezón, y estar en el regazo de la madre, entre pelaje, calidez y olores, se convierte en la significación precisa de *mammalia*: el seno materno. Estas serían las bases biológicas del amor y del afecto humanos, una construcción social, es cierto, pero que tiene al cuerpo, obligatoriamente, como soporte material (Morin, 1999).

La importancia de la forma de este primer vínculo y las huellas que deja en el individuo son permanentes. Se trata de considerar aquí, la potencia erógena de todos esos contactos y la capacidad orgásmica que en ellos se contiene. Así, la succión bucal del bebé puede verse como una genitalización precoz, el dulce idilio o el disfrute libidinoso del cuerpo del otro, que la aparición de los primeros dientes viene a perturbar (Aberastury, 1984; 1986). *Nota bene*: el uso sexual de la boca es evento único entre los mamíferos.

El lenguaje, finalmente, se expresa a través de la solidaridad entre las vísceras de la boca, porque esta es el lugar de modulación de los sonidos producidos justo debajo, en la laringe. Una vez vacía de seno, la boca pronto se llena de dientes y palabras, de fonemas y formas consonantes y vocálicas. Son siempre las mismas vísceras y hay más de seis mil idiomas hablados, la conexión entre lo más animal y lo que más parece sobrehumano, desde el área de Broca en el lóbulo frontal hasta los núcleos de significación occipitales (Leakey, 1995), el ser y el devenir atravesando todo el cerebro y volviéndose audibles (e inteligibles) en el habla de la boca humana.

No es difícil percibir cuánto estas tres dimensiones están ligadas a la cultura y a la psique. Son, a la vez, productos sociales y, por ello, dotados de historicidad, es decir, la boca humana es socialmente producida y sus productos —masticación, erótica y lenguaje— son igualmente productos sociales. Por eso, se puede afirmar que la boca no es un órgano, sino un territorio, y así, el soporte más evidente de todo el cuerpo del hombre en la realización de su vida.

A diferencia de ser estanques, se podría decir que estos tres trabajos se dan como consumo y producción, en un movimiento incesante que involucra al sujeto en una permanente elaboración en la frontera entre la razón y el (deseo) inconsciente. Aquí también se produce el gusto, o la formación del paladar, y esta producción cultural pone de manifiesto el contorno ético y estético de la satisfacción y del placer (bucal) humanos, el placer que le proporcionan sus sentidos bucales. La ética y la estética ofrecen elementos e información importantes que indican y propician prácticas aceptables o recomendables, así como sensaciones de repulsión o atracción, etc. Por lo tanto, es como cultura que la satisfacción y el placer bucales chocan con la razón y la psique: a menudo comemos lo que no debemos, o lo que cierta racionalidad recomienda, o más o menos, o incluso, no de la manera en que deberíamos, de modo que todo esto resulta atravesado por el deseo —vastamente inconsciente— lo que coloca al sujeto en conflicto consigo mismo y con los demás.

Si no existieran dispositivos psíquicos y sociales reguladores, la masticación podría volverse perjudicial para el propio ser humano, y lo que se dice sobre la masticación es significativo para los demás trabajos bucales. Producimos palabras y las consumimos; nos vemos obligados a pensar en lo que decimos, y no son raras las veces que decimos lo que no debíamos o lo que no queríamos decir; igualmente, la

palabra exagerada o equivocada puede resultar perjudicial. De igual manera, en la relación amorosa producimos actos bucales sexuales —la recuperación de la función genital primordial— y se presenta, una vez más, el conflicto entre razón y emoción (porque la boca hará lo que no debería o no de la manera recomendada, etc.).

Así es como se constituyen estos trabajos que la boca humana realiza, estas funciones bucales que necesitan encontrar en el concepto de norma (y de normalidad) su par ideal. Recordemos: la función es algo que no se ve, pero cuyo efecto se siente; la función bucal es placer y deleite, y entonces esta boca deberá encontrar normas medias de ajuste (y de desviación, por lo tanto) según las condiciones de posibilidad o condiciones de existencia (o modos de vida) del sujeto que está vivo, que trabaja y habla.

Resumiendo: 1. La boca no es un órgano, sino un territorio; 2. Las vísceras bucales son inseparables: integridad anatómica significa integridad funcional; 3. Es un lugar dotado de normalidad, ritmos, tiempos y significados; 4. Así, es soporte para acciones sociales de los sujetos; 5. Se desgasta según las condiciones de existencia, lo que significa la determinación social del bienestar bucal (o malestar bucal).

Una semiología para la salud bucal

Como se puede imaginar, este concepto de bucalidad se presta perfectamente tanto al trabajo clínico como al de promoción de la salud. Es posible, con él, tratar adecuadamente a individuos, grupos o familias, y puede interesar no solo al cirujano-dentista, sino también al médico general, enfermeros, auxiliares y agentes de salud.

A primera vista, hablar de bucalidad puede parecer extraño. No estamos acostumbrados a este enfoque e, incluso dentistas que tienen una significativa cercanía con la Salud Colectiva a veces expresan asombro ante explicaciones como las que se acaban de hacer. Pero si dirigimos nuestra mirada hacia la experiencia bucal contenida en la historia de vida de cada uno, podremos deducir posiciones similares. Lo que debe destacarse es que, *a través de la bucalidad, la experiencia bucal no asume exclusivamente la forma de enfermedad*; esto es importante si comprendemos que la relación clínica es una relación de ayuda, que el sujeto que busca atención lo hace por una necesidad o carencia específica, que no siempre es la condición de “enfermo” que interesa observar, ni siempre son lesiones dentales, las de siempre, que deben ser registradas en un organigrama, etc.

Antes de proceder al recorte clínico recomendado, conviene agregar dos o tres notas que funcionarán como referencias o guías para los desarrollos posteriores que interesan en esta discusión, teniendo en cuenta que tal recorte, práctico, es dado por el Sistema Único de Salud, en el caso brasileño, pero, no obstante, apto para cualquier sistema público de salud.

La primera se refiere a la necesidad de construir una nueva semiología para la salud bucal. Ha sido frecuente entre autores de la Salud Bucal Colectiva hablar de centrado dental, lo que significa que el trabajo del dentista está bastante enfocado

en la lesión y en el diente, en una técnica y en el ejercicio de una habilidad. Existe una semiología odontológica que constituye la mirada del dentista y que tiene en la dentística y en la cariología su superficie de emergencia; esta semiología guía la mano del profesional y funciona como un *a priori* en el juicio diagnóstico y en la proposición de la terapéutica. Este *a priori* indica que la caries dental es una enfermedad universal. Antes se decía que era el principal problema de salud pública, pero es necesario reconocer que los discursos sobre la caries van más allá: animan a la profesión en su conjunto y actúan como un dispositivo organizador. Los discursos sobre la caries dental cubren el horizonte clínico del dentista y son esos discursos los que constituyen el *a priori* odontológico: todo es caries o se convierte en su consecuencia. Si desobstruimos el horizonte, podremos ver otras cosas.

En segundo lugar, es necesario recuperar el papel de la anamnesis en el proceso diagnóstico. Si no tenemos un *a priori*, entonces debemos esperar la expresión de la queja por parte del paciente, escuchar por completo el relato de su enfermedad, para luego proceder al examen físico. Sin duda, *es en la anamnesis donde se constituye el caso clínico o, como se dice, es en la anamnesis donde aparece el enfermo con su enfermedad*. Es un momento valioso para la formación del vínculo, es donde el sujeto se siente acogido, es donde se recoge la historia de vida y donde se esbozan las patografías de las que habla Souza (2011). No existiendo el *a priori* clínico, la mirada y la mano del dentista se dejarán guiar por la historia que el paciente relata. Es así, de este modo práctico, como se puede pasar del diente al paciente (véase el Capítulo 16 de este libro).

Por último, la terapéutica estará subordinada a los hallazgos clínicos, rigurosamente obtenidos a través del examen local y sistémico. La boca comunica el cuerpo y viceversa. Una buena clínica forma parte de la integralidad en salud y propicia bienestar al paciente. Si desea tomar este camino, el dentista necesitará dedicarse al estudio de otras disciplinas y cada vez más interesarse por materias que, tradicionalmente, ocupan poco tiempo en la formación académica, pero que son necesarias en el día a día de los servicios.

Como el trabajo se desarrolla en equipo, y este cuenta con personal auxiliar, las posibilidades de realizar otra clínica en salud bucal son efectivas. Además, es posible el intercambio con médicos, enfermeros y otros trabajadores de la salud, lo que hace que la perspectiva del trabajo clínico sea más segura tanto para el profesional como para el paciente.

Ayudando a promover la salud y tener una vida más saludable

Puede parecer exagerada esta aproximación sobre bocas y dientes, algo novedoso y transgresor, sobre todo si pensamos en la dimensión del universo familiar. Sin duda, a muchos les parecería que, al tratarse de familias pobres, de pequeñas ciudades, periferias o entornos rurales, lugares donde las estrategias de salud familiar se han

organizado más, tal abordaje dificultaría las posibilidades prácticas de intervención del dentista o de otros miembros del equipo de salud. Así, sería mejor protegerse de tales imprevistos, manteniendo el enfoque tradicional y el centrado dental, en lugar de entregarse a maniobras aventureras.

De hecho, es necesario considerar que hay diferencias en la vida política si esta transcurre en una comunidad —ya sea religiosa, cultural o étnica— o en la sociedad general. La comunidad es naturalmente poco abierta a las novedades y a los cambios; lo que viene de afuera se interpreta como una amenaza a la estabilidad del grupo, sus creencias, organización y prácticas. La vida en sociedad, por otro lado, y aquí nos referimos a las grandes ciudades y regiones metropolitanas, tiene una dinámica social intensa y, al menos en determinados círculos, está abierta a la novedad y absorbe sin grandes traumas experiencias externas. Con “la familia” parece ocurrir algo similar. No por casualidad, tal estructura social, por sus particularidades y como específico locus de reproducción, ideológica sobre todo, es llamada “la sociedad separada” (Levi-Strauss, 1970). Esta sería una de las *determinaciones ocultas* de las políticas de salud que toman a *la familia* como objeto y no a *la sociedad*, ya que este nivel hace obligatoria la referencia a clases sociales (trabajadores, campesinos, etc.), categorías que son obviamente prescindibles cuando tratamos con *la familia* (y, a pesar de esto, debemos admitir que existen familias trabajadoras, campesinas, urbanas, rurales, pobres, ricas, etc., todas en mayor o menor grado atravesadas por los conflictos *de la sociedad*).

Así, incluso si consideramos como dimensión exclusiva el universo familiar, es posible pensar en términos *bucales* y no *dentales*, lo que significa considerar a las familias y sus miembros desde la perspectiva de la subjetividad. Esto se explicita porque muchas veces los servicios (y políticas) de salud actúan de manera discriminatoria al tratar con poblaciones pobres, indígenas, personas negras, mujeres, homosexuales, etc. Más allá de los derechos de ciudadanía de los que estas personas disfrutan, objetivamente hablando, muchas veces los profesionales *olvidan* que están dotadas de deseos, voluntades, ideas, percepciones; en fin, que hay vida al otro lado de la *frontera* y que no siempre la información “técnica” que el profesional aporta, creyendo que contribuye a eliminar la *ignorancia* ajena, tiene sentido o es verdaderamente relevante. Como forman parte de las creencias del profesional, él *piensa* que también son importantes (sobre todo) para los pobres, y a veces ni siquiera se da cuenta de que lo que está transmitiendo son fragmentos vulgarizados o simplificaciones exageradas de la ciencia o de la filosofía.

La Atención Primaria en Salud es una perspectiva excelente cuando pensamos en organizar el cuidado en salud bucal, ayudar a las personas y contribuir a la promoción de su salud. Entendemos que podemos ayudar a promover la salud de las personas, aclarando que, en lo que respecta a salud y bienestar, nosotros hacemos una parte, pero no podemos hacerlo todo, de manera integral. Además, existen evidencias de que las condiciones en las que una persona vive sus primeros años de vida, así como ciertos atributos de los padres y del grupo social al que pertenece —ingreso y escolaridad, condiciones de la vivienda, nivel de consumo, etc.— son fuertemente inductores de su perfil de morbilidad (Peres & Peres, 2006).

No por casualidad, la promoción de la salud se considera el primer nivel de atención y el enfoque se pone precisamente en estas condiciones sociales, o las condiciones de existencia de grupos, individuos y familias. Cuanto más socialmente protegidas estén las personas, cuanto más socialmente puedan realizar —o sean apoyadas a realizar— sus proyectos, más saludables serán. Por eso, en este nivel se dice que promover la renta, la alimentación y la educación, proporcionar a la sociedad viviendas adecuadas, empleo y condiciones agradables de trabajo, todo esto funcionaría como *protección inespecífica*, de cierto modo una *barrera social* contra el sufrimiento evitable o la muerte prematura (Leavell & Clark, 1976). Este primer nivel sería complementado con las inmunizaciones o la protección específica, de las cuales las vacunas y la fluoración de las aguas serían los mejores ejemplos. Parece claro que esta forma de concebir la promoción de la salud es bastante diferente de la que actualmente se practica en los servicios. Mientras que la primera se dirige a las condiciones de existencia, o la determinación social de los modos de vida, la promoción de la salud de nuestros días enfatiza la práctica de los individuos, aquello que las personas hacen *mal* o aquello que no estaría de acuerdo con alguna *posición de la ciencia* o del conocimiento científico.

Es necesario actuar con cautela cuando se trata de este asunto porque, como ya hemos afirmado anteriormente, muchas veces los profesionales de la salud expresan posiciones que consideran las más correctas, y precisamente porque serían científicas, cuando en realidad están expresando posiciones morales, lo cual es de gran importancia cuando tratamos con personas, grupos, colectivos, familias, etc. Por ejemplo, ante un niño con caries rampantes, debemos establecer medidas que resuelvan la situación y que minimicen la posibilidad de sufrir una infección más extensa (pulpitis, abscesos, etc.). Sin embargo, sabemos que los niños con un brote agudo de caries viven en condiciones sociales de riesgo, es decir, en unidades familiares y grupales cuya existencia social es precaria y, por lo tanto, vulnerada.

Entonces, es a esta existencia precaria a la que deben dirigirse nuestros esfuerzos, y esto en conjunto con otros profesionales de la unidad o del equipo de salud. Es insuficiente e incluso inoportuno presentarse ante la familia para discutir el consumo de dulces o la falta de cepillado cuando el problema tiene otro origen, ya que sabemos que solo las personas en situación de extrema privación —aquellas con déficit intelectual o las socialmente abandonadas— son las que no pueden proceder a la limpieza del cuerpo, incluida la de los dientes. Este fue solo un ejemplo. Hay muchos otros. La lactancia natural, además de proporcionar los nutrientes que el bebé necesita para su desarrollo, es un factor de protección para numerosas enfermedades. Además, promueve el buen desarrollo de las estructuras de la cara, estimula la respiración nasal e influye en la posición de los dientes en el arco alveolar, constituyendo la mejor y más eficaz barrera contra la mala oclusión. Finalmente, proporciona las condiciones para la formación del vínculo afectivo madre-hijo y, por todo esto, la lactancia debe ser objeto de preocupación del dentista en el equipo. Él deberá mantenerse informado sobre lactancia y, siempre que sea necesario, debe discutir con el pediatra, el enfermero y otros profesionales los encaminamientos comunes para los problemas identificados. Pero exactamente en este período del ciclo de vida

puede haber excesos en la aplicación de técnicas profilácticas o en las charlas que buscan *educar para la salud bucal*, en el uso maniaco de fluoruros, en la condena desmedida de los dulces y en la exageración del cepillado dental incluso antes de que los dientes hayan erupcionado. Recordemos una cosa: no existen evidencias de que individuos que han sido excesivamente cuidadosos con los dientes desde temprana edad tengan, en la vida adulta, un comportamiento epidemiológico distinto (Ministério da Saúde da Brasil, 2004a; Roncalli, 2006).

En este nivel también, el de la promoción, forman parte los estudios e investigaciones epidemiológicas, con el examen de un gran número de personas, que son útiles para trazar tendencias o hacer un diagnóstico precoz de agravios. Creo que es importante destacar que estos estudios son, en su mayoría, de naturaleza *cuantitativa*, por lo que sería relevante señalar la posibilidad de realizar estudios *cualitativos*, igualmente necesarios cuando planeamos o simplemente queremos trazar tendencias. Tales estudios serían, por ejemplo, los grupos focales y las encuestas que utilizan instrumentos para *medir* la calidad de vida (Leão & Locker, 2006; Moysés & Moysés, 2006).

Los otros niveles de prevención también son de gran interés para el clínico. Podría parecer que el hecho de dedicarnos a la promoción, prevención, educación, etc., por sí solo dispensaría cualquier otra aproximación con respecto a las actividades clínicas, o que las actividades clínicas no tienen nada que ver con esta ayuda de la que hablamos para promover la salud y el bienestar de las personas. Sin embargo, de la actividad clínica puede resultar bienestar individual. Un diagnóstico acertado y un tratamiento resolutivo son importantes en la historia clínica de cualquier persona. Sin ninguna duda, en nuestra sociedad —y al mismo tiempo que investigamos los determinantes sociales— la actuación de especialistas es requerida y necesaria; el caso es que las personas no disponen de los servicios especializados según sus necesidades y, ni siempre los sistemas públicos proporcionan profesionales o servicios en número adecuado. Una cosa, así, es el hecho de que las personas enfermen *socialmente* o *en la sociedad*, y otra es contar con la ayuda *socialmente producida* del especialista, donde la atención y asistencia se dan como partes inseparables de un mismo complejo.

Es en esta dimensión que el cambio semiótico o cambio en la mirada (y en la mente y en la mano) del dentista puede adquirir otro significado práctico. Así, la primera consulta de un caso nuevo puede comenzar con la anamnesis, que no es la anotación burocrática de algunos estados mórbidos, sino que en todo es una *conversación* que tiene como finalidad traer a la luz la memoria del paciente sobre su propio estado, las condiciones en las que vive, los orígenes de su agravio o malestar; en definitiva, proporcionar pistas para el diagnóstico al tiempo que crea un vínculo entre él y el profesional que lo atiende. Es en este momento que el descentramiento dental puede funcionar. Si no tenemos un *a priori*, es decir, si no imaginamos que la persona que nos busca lo haga obligatoriamente por causa de caries, el examen físico tomará otra dirección. Debemos palpar, tocar, percutir, observar posiciones y desplazamientos, correlacionar lo que el paciente relata de su boca con lo que está siendo visto, articular eventos bucales con la historia de vida, realizar, en fin, las maniobras que constituyen el núcleo de la actividad clínica. Los niños, sobre todo los que se

encuentran entre 5 y 10 años de edad, son bastante saludables; son comunes las parasitosis —piel e intestino—, incluidas las caries; pueden ser objeto de trastornos *sociales* —violencia doméstica y sexual, *balas perdidas*, abandono— pero *biológicamente* son afectados por eventos de poca expresión. Los adultos, al contrario, y sobre todo los que tienen más de 50 años, pueden presentar cuadros crónicos de gran significado y amplitud, de los cuales los metabólicos y los cardiorrespiratorios ocupan un lugar central, pero también son relevantes los neurológicos, los psiquiátricos y los oncológicos. Las personas en estas condiciones clínicas forman un contingente poblacional expresivo, a pesar de que, asombrosamente, sean denominadas *pacientes especiales*, queriendo designar que son *excepción* o *minoría*, cuando no lo son. Las personas en estas condiciones exigen mucho más tacto y habilidad clínica del dentista.

Consideraciones finales

La bucalidad nos permite pensar de este modo, y aun considerar que un procedimiento restaurador bien ejecutado una prótesis, una cirugía, una restauración dental, una obturación de conducto— pueden ser barreras para el desarrollo o la instalación de estados mórbidos más graves. Y la bucalidad también nos permite pensar que, al abordar la clínica desde esta perspectiva, se reducen también los efectos iatrogénicos de la práctica convencional.

La bucalidad es concepto y también una manera de mirar bocas y dientes, lo que hace posible pensar la organización del trabajo clínico en salud bucal. Con este concepto, o modo de mirar, se puede pensar la fisiología del lugar, es decir, las funciones bucales, y esto permite reflexionar en términos de limitación, deficiencia o incapacidad para la realización de tales funciones, lo que constituye una buena base para una clínica ampliada de salud bucal. Esto podemos denominar doble ampliación. Cuando Gastão Wagner propuso la ampliación de la clínica, pensó en clínica médica y cultura, psiquismo, alteridad, subjetividad, en cierto modo considerando la politicidad de la clínica (Campos, 2003). La bucalidad es esto, tanto como la salud bucal colectiva que la engendra, de modo que es necesario notar que esta politización ya ha sido históricamente realizada por los “bucaleros”. El problema es que *a la salud bucal le falta realizarse como clínica, y entonces se descubre que le falta clínica a la clínica odontológica*. Por esto, se habla aquí de doble ampliación: mantenerse políticamente en la bucalidad y al mismo tiempo fertilizarse con clínica, siendo la expresión a nivel de síntesis de sus especialidades, es decir, de las especialidades odontológicas. Aquí, intentamos esbozar el método que la fundaría.

Aunque la ventaja teórica de tal formulación estuviese solo relacionada con la clínica, ya sería una gran ventaja práctica, pues permitiría expresar no solo otra forma de mirar bocas y dientes, sino, antes y fundamentalmente, ver al paciente, tenerlo en escena, con su historia, su vida y su caso clínico. En este aspecto, es grande la ventaja clínica de esta posición descentralizada en relación al centrado dental habitual.

Por otro lado, si la bucalidad permite pensar cultura y psiquismo, lo que significa alteridad, entonces posibilita el encuentro con ese *otro* que, estando tan fuera de nosotros y siendo tan distinto de nosotros, es, por ello mismo, formador de nuestra perspectiva (de nuestro deseo y de nuestras posibilidades de existir).

La flexibilidad o la plasticidad de tal concepto, finalmente, permitirá pensar contextos sociales, o mejor aún, permite pensar relaciones sociales, productos sociales y arreglos sociales distintos, de los cuales la familia es uno de ellos (políticas, servicios de salud, formas específicas de enfermedad, creaciones, facilidades, eventos que marcan ciclos de vida, etc., son tantos otros).

Así, la bucalidad permite no solo pensar en la promoción de la salud, sino también considerar otra forma de organizar la actividad clínica. Exige una nueva semiología (o semiótica), es cierto, y esta exigencia debe ser inicialmente atendida primero por la introducción (o aceptación) de estas nuevas configuraciones y luego por la introducción (y aceptación) de algunos elementos prácticos. Por ejemplo, en la actividad clínica, abandonar el uso del odontograma (debería bastar el registro en el prontuario único); en la educación en salud, abandonar las correlaciones simples (placa + sacarosa = caries).

Son cambios difíciles, para muchos imposibles, dada la carga dental y protética que se encuentra instalada en el imaginario odontológico. Superados, deberán producir nuevos conocimientos y otra información en salud bucal. Sin embargo, la circunstancia de trabajar con familias y grupos debería servir, ya de inmediato, como un excelente telón de fondo para experimentar nuevas posibilidades en el trabajo del dentista.

Capítulo 16

Subjetividad y clínica en la atención primaria en salud: Narrativas, historias de vida y realidad social

“No había aprendizaje de algo nuevo: era solo un redescubrimiento”

Clarice Lispector, 1998

Introducción

El foco de este capítulo es el cuidado en salud bucal en la cualificación de la Atención Básica¹. Esta, siendo el primer nivel de contacto de los sujetos con el SUS, es un lugar potencial para la generación de encuentros y la producción de subjetividad. Por eso, discutiremos el tema tomando como enfoque la relación entre escucha-*acogida-vínculo*, debatiendo sobre la existencia de una dicotomía entre clínica y salud colectiva. Esta investigación-intervención se llevó a cabo de julio a diciembre de 2007 en el municipio de Cotia/SP, a partir de los siguientes presupuestos: 1) atención al problema bucal relevante para el usuario; 2) descentralización dental; 3) constitución del caso clínico a través de la anamnesis y 4) utilización de agenda electrónica, historial clínico único, expurgo y esterilización de la unidad de salud. La escucha de la queja, el examen clínico bucal y el levantamiento de la historia clínica se registraron en el historial, sin el uso de odontograma. Para la discusión de enfoques en la clínica, relataremos ocho “*Hestórias Patográficas*”. Los objetivos de la comunicación en la consulta son acoger, promover un diagnóstico seguro e intervenir en la evolución del sufrimiento del otro, restableciendo la homeostasis corporal, produciendo vínculo, e implican la modificación de referentes teóricos y del lenguaje

¹ Este capítulo se originó de la investigación realizada por Rebeca Silva de Barros en el Programa de Perfeccionamiento en Salud Colectiva, concluido en 2007 en el Instituto de Salud/SP, y es reproducido aquí con su consentimiento. Publicado originalmente en R. S. Barros & C. Botazzo (2011), *Subjetividade e clínica na atenção básica: narrativas, histórias de vida e realidade social. Ciência & Saúde Coletiva*, (11), pp. 4337-4348. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n11/a06v16n11.pdf>.

clínico. El vínculo es resultado del diálogo, la asunción de responsabilidades tanto del profesional como del usuario y la resolución de sus quejas y necesidades.

La salud bucal en la Atención Básica (AB)² ha sido durante mucho tiempo un tema de reflexión en la salud colectiva y en los departamentos de odontología social, emergiendo cuando la organización de las acciones y del cuidado en salud bucal en el Sistema Único de Salud (SUS) está en discusión.

La Política Nacional de Salud Bucal estableció directrices para reorganizar las acciones y reorientar el modelo de atención en salud bucal en el país, teniendo como eje central el concepto de cuidado, proponiendo supuestos para la ampliación y cualificación de la salud bucal desde la perspectiva de la integralidad de la atención. De estos, se destacan: la cualificación de la Atención Básica, garantizando calidad y resolución; la AB articulada con la red de servicios; la integralidad en las acciones, articulando lo individual y lo colectivo, la promoción y la prevención, el tratamiento y la recuperación de la salud de la población adscrita; una política de educación permanente y una política de financiamiento para el desarrollo de acciones (Ministério da Saúde da Brasil, 2004b).

Hace 20 años, los adjetivos: ineficaz, ineficiente, monopolizadora, altamente costosa, tecnológicamente densa, elitista, iatrogénica y mutiladora, señalaban los problemas de la práctica odontológica hegemónica en el país (Ministério da Saúde & Universidade de Brasília, 1986).

Para modificar este modelo, se observan intentos de ruptura epistemológica con el pensamiento odontológico dominante. Entre 1952 y 1992, surgieron diferentes enfoques como los de odontología sanitaria, preventiva, social, simplificada, comunitaria, integral y la salud bucal colectiva (SBC) fue la que provocó una ruptura epistemológica al señalar un referente teórico para el cambio de una práctica asistencial privatista hacia un modelo de atención en salud bucal (véase el Capítulo 1 de este libro), lo cual causó un impacto en las acciones preventivas y de promoción de la salud, pero con menor intensidad en la producción del cuidado, manteniendo a la clínica en cierta marginalidad en las discusiones.

En el SUS, la rutina clínica generalmente sigue centrada en el tratamiento realizado mecánicamente, como en una línea de producción: el cirujano-dentista recibe a usuarios, en su mayoría jóvenes, con cavidades y raíces residuales, y los despide con restauraciones y suturas. En la lógica de las acciones programáticas, se raspan cavidades y se restauran dientes, lo que se considera un tratamiento completado. Y los usuarios entran mudos y salen callados. Nos preguntamos si esta práctica tradicional sería suficiente para llevar a cabo una clínica comprometida con la promoción de la salud y la afirmación de la vida, con sus aspectos, significados y representaciones, o si sería necesario buscar otra postura para el cuidado en salud bucal que priorice la producción de subjetividad a través de la escucha del *otro* y en

² El Ministerio de Salud brasileño utiliza “Atención Básica (AB)” y no “Atención Primaria en Salud (APS)”; sin embargo, todavía en muchas provincias y sistemas locales se prefiere APS y no AB. En este ensayo se mantendrá la grafía tal como fue publicada por primera vez.

el diagnóstico realizado en encuentros clínicos que den sentido a la intervención restauradora y/o quirúrgica.

Hay quienes dicen que realizar la escucha, permitir que el usuario exprese sus molestias depositándolas en la clínica y construir el vínculo en la relación de cuidado en salud son actividades laboriosas y que se atribuyen al *profesional sensible*, portador de cierta *esencia*. Tal comentario, con un trasfondo ideológico, se difunde por los pasillos de facultades, corporaciones y unidades básicas de salud (UBS), y encuentra refuerzo en manuales de semiología que subrayan que la aproximación al paciente “es obvio, no puede ser enseñada, dependiendo *exclusivamente* de la sensibilidad y el tacto del examinador” (Zegarelli *et al.*, 1982, cursivas agregadas).

En este capítulo, nos centraremos en la reflexión sobre el cuidado en salud bucal como una estrategia de cualificación de la Atención Básica, cuestión que adquiere relevancia en el ámbito de la gestión, del control social y en la clínica como productora de salud en el día a día del SUS, pues sabemos que las políticas de salud se concretan si hay un trabajo (y un trabajador de la salud) que las objetive en el cotidiano del cuidado en salud (Botazzo, 1999).

Discutiremos el cuidado en salud bucal en la Atención Básica enfocándonos en la relación entre la escucha, la acogida y el vínculo, debatiendo sobre la existencia de una dicotomía entre clínica y salud colectiva. Para facilitar la discusión de posibles enfoques en la clínica, utilizamos como recurso el relato de ocho historias patográficas que se constituyen como narrativas de los usuarios, quienes, a través de sus palabras, revelaron: quejas, molestias, situaciones que vivieron consciente e inconscientemente, y que encontraron existencia material en sus cuerpos (Souza, 2011).

Percurso metodológico

Este estudio, fruto de una investigación de intervención en actividad experimental en la clínica de la Unidad Básica de Salud del Portão, realizada de julio a diciembre de 2007 en el municipio de Cotia/SP, fue compartido con el equipo de salud bucal de la UBS y acordado con los gestores y trabajadores locales.

Los supuestos para su ejecución fueron: atención a los problemas bucales más relevantes para el usuario y no para el servicio (construcción social de la demanda); descentralización dental (desprivilegiar la caries dental como patología principal) (véase el capítulo 6 de este libro); constitución del caso clínico mediante la anamnesis y utilización de agenda electrónica, historial clínico único (PU), expurgo y esterilización de la UBS.

La atención se llevó a cabo 3 veces por semana (4 horas/turno) y se atendieron 8 usuarios por turno. La anamnesis incluyó la escucha de la queja, el examen clínico bucal y el levantamiento de la historia clínica (LHC), realizado en una conversación en mesa para consulta (es decir, fuera de la silla odontológica), registrados en el prontuario único (PU) y sin uso de odontograma para la anotación de hallazgos clínicos. El examen físico (EF), que incluyó la boca y los dientes, se realizó en

la silla odontológica. Opcionalmente, el usuario podía seguir el examen mediante un espejo de 13x17 cm, lo que le permitía observar, discutir su condición bucal y negociar mejor su proyecto terapéutico. Esta negociación se garantizó incluso en los casos en que el usuario prefirió no visualizar su propia boca durante el examen.

Los usuarios, informados y aclarados sobre la naturaleza del trabajo como parte de un proyecto de investigación, fueron invitados a participar como beneficiarios de la actividad, firmando un término de consentimiento libre e informado. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Instituto de Salud en mayo de 2007.

Resultados

Durante la actividad clínica, atendimos a 184 usuarios. El 64% de ellos se concentró entre las mujeres y entre los usuarios de entre 20 y 34 años de edad (Figura 3). Se utilizó la denominación corriente de *casos nuevos* y, cuando fueron reagendados, *retornos*. En el Cuadro 1 se observan los motivos de consulta presentados por los usuarios y los hallazgos clínicos diagnosticados.

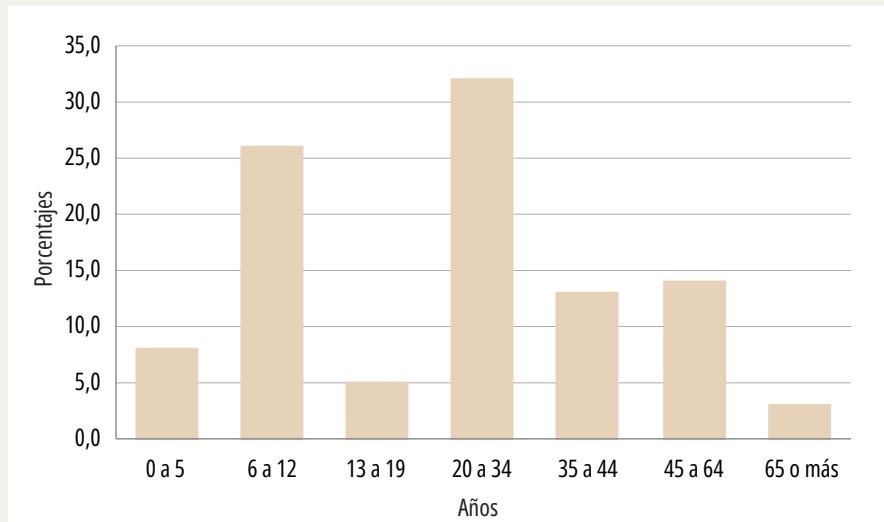


Figura 3. Distribución de casos nuevos por grupo de edad (%)

Cuadro 1. Motivos de consulta y hallazgos clínicos según ubicación.

Ubicación	Motivo de consulta	Hallazgo clínico
Tejidos duros	Diente: ablandado, cariado, amarillento, impactado y retenido; raíces residuales; fractura coronaria.	Fluorosis; mancha blanca; placa bacteriana; caries aguda; pulpitis; amelogenénesis imperfecta; maloclusión; rotación dental; dientes faltantes; espícula de hueso; desgaste del esmalte dental: abfracción, abrasión; diastema; agenesia.
Tejidos blandos	Sangrado de encías; quiste de erupción; absceso agudo y crónico; herpes labial; aumento de volumen en el suelo de la boca; hormigueo (picazón) en las encías.	Mordisquear las mejillas; anquiloglosia; gingivitis leve y grave; estomatitis por uso de prótesis dentales; periodontitis crónica leve y grave; comunicación oral-sinusal; herpes labial; lesión en el periápice del diente; sequedad de labios (queilitis actínica); lengua geográfica, lengua fisurada; quemadura de paladar; gránulos de Fordyce; ránula y lesiones traumáticas.
Otros	Examen preventivo; dolor agudo; sensibilidad a las bebidas frías/calientes; prótesis mal adaptada; sensación de aspereza en los dientes; mal aliento o mal olor en la boca.	Dolor orofacial; crepitación de la articulación temporomandibular (ATM); desviación mandibular; respiración bucal; roncando durante el sueño; succión exagerada como uso de chupetes y biberones por parte de niños de hasta 7 años, onicofagia, apretamiento y bruxismo; cálculo

En este capítulo, concentramos la discusión en posibles enfoques y destacamos, en el Cuadro 2, *los depósitos* emergentes en el diálogo clínico.

Cuadro 2. Depósitos emergentes en el diálogo clínico

Tipo	Depósito
Social	Subempleo/desempleo; deseo de iniciar/completar una formación profesional, inmigración/migración, uso de alcohol, tabaco y drogas ilícitas.
Familia	Relaciones matrimoniales y familiares (como divorcios, violencia doméstica, planificación familiar), conflictos e inseguridades en la educación de los hijos (como sobreprotección y “miedo” a perderlos debido a enfermedad, violencia o acción del consejo de tutela).
Psíquico	Medicamentos calmantes para nervios (en niños de tan solo 3 años de edad), vergüenza resultante de mutilaciones bucales y lesiones iatrogénicas, síndrome de pánico, ansiedad, depresión, dificultades de aprendizaje, trastornos del sueño, sonambulismo e insomnio.

Para ejemplificar las posibilidades de enfoques en la clínica, presentamos ocho historias patográficas seleccionadas.

Niña-Joven, 11 años

El primer encuentro, realizado en julio en una consulta de urgencia, fue solicitado por la madre, quien se quejaba de que su hija presentaba *“sangrado en las encías y que los dientes frontales se estaban aflojando”*. La niña estaba en casa y la madre informó que vendrían despacio porque *“la niña sentía mucho dolor en las piernas y por eso caminaba muy despacio”*. La anamnesis se realizó con la niña sentada en la silla odontológica y en presencia de la madre. Durante el Levantamiento de la Historia Clínica, la madre relató la recurrencia de infecciones urinarias en su hija, quien era *“internada cada 6 meses en el Hospital de Cotia”*. En el Prontuario Único, del período de 2000 a 2005, había registros de las quejas sobre el tracto urinario, las prescripciones y las hospitalizaciones. La niña se mantuvo en silencio durante toda la consulta.

Según la madre, la hija aumentó 18 kg en 2 meses aparentemente sin motivo. Presentó la primera menstruación hace 6 meses. Más adelante se corrigió, informando que la primera menstruación fue a los 9 años de edad. Relató que la niña sentía dolor de cabeza y detrás de las rodillas durante el período menstrual. Cuando se le preguntó al respecto, la niña señaló las piernas y no pudo definir la sintomatología. *“Está cansada de ser examinada y por eso no la llevo a las consultas médicas”*. La investigación de este caso clínico no pudo profundizarse, ya que el consultorio no proporcionaba la privacidad necesaria para el abordaje.

La madre entregó una ficha de derivación de su hija al Servicio de Endodoncia del Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). Estaba muy preocupada por el tiempo de espera para las consultas. En el Examen Físico, había interferencia oclusal entre dientes superiores e inferiores con una pequeña movilidad de uno de los incisivos inferiores y pocas cavitaciones. No había abultamiento de la tabla ósea ni presencia de fístula. Se solicitó un retorno.

Regresó sola y bastante callada, como en el primer encuentro. En el EF, al palpar la tabla ósea vestibular, cerca de la espina nasal, manifestó dolor. Había presencia de una fístula en la región, lo que generó la sospecha de que, anteriormente, la niña había sufrido un trauma dentario. Sin embargo, la paciente negó haber tenido una caída o trauma buco-dentario. En la ficha clínica, archivada en el consultorio odontológico, se encontraban las siguientes anotaciones: *“[...] 7 años. Restauración en resina compuesta color B2 en el ángulo incisal del 11”*. No había registro sobre el trauma ni ninguna otra información sobre el caso. Solo la memoria de la niña, quien, no obstante, seguía negando la ocurrencia del hecho. El caso clínico requería una intervención endodóntica, pero, en ausencia de la madre, se suspendió la atención, solicitando una radiografía periapical y el retorno acompañado por la responsable. Nunca volvió.

Cazadora de Sí Misma, 34 años

En el primer encuentro, realizado en julio en una consulta programada, llegó junto con una vecina. Cabizbaja, tenía una mirada triste. Un poco evasiva, manifestó el deseo de hacer un *chequeo*. Se le solicitó que elaborara mejor su queja, señalando con claridad lo que realmente la incomodaba. Se quejó de sensibilidad dolorosa al ingerir alimentos dulces y de sangrado gingival espontáneo. En el LHC, destacó depresión e hipertensión. En el PU, las anotaciones se referían a los años 2006 y 2007. Su *recorrido* en la unidad incluía, además de la salud bucal, control de la hipertensión, dermatología, ginecología y, desde 2006, consultas regulares con la psiquiatra de la UBS.

Se investigó la razón de su tristeza. Su sufrimiento comenzó con la pérdida del empleo. *“Fui acusada de algo que no hice y no pude probar lo contrario. Perdí el empleo”*. Trabajaba en una guardería, pero no detalló los motivos de la acusación. Relató sobre el síndrome de pánico, las crisis de llanto, el insomnio, la dificultad para salir sola y su desánimo por la vida. Vivía sola en una casa en el mismo terreno en que sus padres también vivían. Deseaba *“volver a cuidarse”*. Según el PU, en abril de 2006, permaneció *“tres días sin bañarse”*. En diciembre de 2006, se quejaba de *“sentir un olor fuerte en la nariz”*. Hasta principios de 2007, según los registros, incluso bajo medicación antidepresiva, no había señales de mejoría en su cuadro.

En el examen físico, se observó la presencia de gingivitis intensa, encías edematizadas, sangrado gingival al sondaje, placa visible, restauraciones antiguas tanto de resina como de amalgama, y una fistula en la región de los incisivos superiores. La usuaria siguió el examen con un espejo, lo que permitió discutir y negociar el tratamiento. Manifestó el deseo de reemplazar las restauraciones antiguas. Se le explicó que, debido a su condición bucal, no era aconsejable iniciar la intervención restauradora. Se le orientó sobre la técnica de cepillado y el uso del hilo dental, y fue derivada al Servicio de Endodoncia del CEO, solicitando su retorno.

Un mes después, volvió, esta vez sola. En la sala de espera, bordaba paños de cocina. Entró al consultorio muy animada. Contó sobre sus caminatas diarias y sus bordados. Estaba feliz con la mejoría de su condición bucal. Al preguntarle sobre su mejoría, la respuesta inmediata fue: *“¡Estoy un 40% mejor! ¡Noté que el sangrado ha disminuido mucho!”*. Intentó agendar una consulta en el CEO, pero *“no había cupo”*. En el examen físico, se verificó una disminución de la gingivitis, del mal aliento y de la placa visible, iniciándose las intervenciones clínicas con el tratamiento periodontal.

Mama África, 34 años

En el primer encuentro, realizado en agosto en una consulta programada, muy callada, se sentó a la mesa para la consulta. Mantenía la espalda arqueada hacia adelante, mostrando una clara tensión muscular en los hombros. Al preguntarle sobre su molestia bucal, se quejó: *“Siento una incomodidad cuando como”*. Evitaba masticar del

lado derecho, y el diente que la incomodaba tenía un curativo. Relató que se mordía las mejillas. No mencionó problemas médicos, excepto cuando se le preguntó sobre posibles dolores de cabeza. *“Sí. Siento mucho dolor. Solo ayer tomé 4 comprimidos (2 Tylenol® y 2 Neosaldina®) y aun así no pude dormir. Y hoy ya tomé otra Neosaldina”*. Hace 4 años, tenía dolores de cabeza que comenzaban por la tarde y persistían hasta 4 días. No los asociaba con ninguna situación, persona o sentimiento. Sobre la localización de los dolores, relató *“sentir el ojo pesado”* y señaló la base del cráneo y la región del músculo temporal.

Renunció a la pastelería de la región después de 3 años de trabajo. *“Me cansé del trabajo. Era muy estresante. Por el momento, estoy en casa”* y hace trabajos ocasionales como empleada doméstica. Tiene 3 hijas y 1 hijo. Vivió un matrimonio de 16 años. Durante los últimos 5 años, enfrentó problemas conyugales. Hace 8 meses, se separó de su marido. Se quejó de que él no pagaba la pensión para los hijos y que ella había asumido todas las responsabilidades del hogar. *“Siento que tengo mucha responsabilidad sobre mis hombros”*. Es migrante del noreste y vive en São Paulo desde hace 12 años.

En el examen físico, en el examen extraoral, al palpar la región del ángulo de la mandíbula y la articulación temporomandibular (ATM), refirió un dolor intenso, también en los músculos masticatorios. Había signos de mordisqueo de la mucosa yugal en ambos lados. Asoció este hábito a la ansiedad. Como no había condiciones para intervenir, fue dispensada y se le pidió que intentara asociar los episodios de dolor de cabeza con alguna situación, persona o sentimiento. Un mes después, regresó. Había resuelto el problema de la *“incomodidad”* en un consultorio de la red privada. Continuaba con dolores de cabeza, ahora disminuidos. Los episodios de dolor de cabeza fueron asociados a la preocupación.

Primavera en los Dientes, 29 años

En el primer encuentro, realizado en agosto en una consulta programada, asistió junto con su esposo, ya que ambos iban a consultar. Comenzó de manera ritual: *“hace tiempo que no voy al dentista”*. Se insistió en que aclarara sus molestias bucales. *“Tengo un resto de raíz, una ampolla con pus, neuralgia con lo frío, amarillamiento de los dientes y mal aliento. También tuve una hinchazón en la cara hace un tiempo”*. Hablaba con espontaneidad de sus problemas de salud y de la reciente búsqueda de la pareja por un chequeo.

En la historia clínica, relató bronquitis, rinitis, sinusitis, taquicardia, punzadas en el pecho e historia familiar de hipertensión. *“Tomé muchos corticosteroides y subí de peso. Y estoy molesta por eso”*. Sufría de insomnio *“principalmente en época de exámenes”*. Se quejó de frecuentes dolores de cabeza en la región frontal y en la base del cráneo, que empeoraban al final del día, pero no asociaba los dolores a ninguna situación, persona o sentimiento. Estudiaba en un curso nocturno para formación de técnicos en enfermería. No trabajaba, pasando el día sola en casa.

En el examen físico, se observó la presencia de raíces residuales y una fistula en la región del premolar superior. Al palpar los músculos masticatorios y la articulación temporomandibular (ATM), saltó de la silla dental acusando dolor. Se le preguntó sobre su rutina y preocupaciones. Habló sobre sus temores y su deseo de conseguir un empleo, mediante concurso público, en un municipio vecino. Al final de la consulta, se le pidió que intentara asociar los episodios de dolor de cabeza con alguna situación, persona o sentimiento y que regresara.

Regresó después de 2 meses. Animada, relató que los dolores de cabeza habían cesado. *“¡Conseguí un empleo! Cuido a un anciano en fase terminal de una enfermedad grave”*. Se inició su tratamiento con la remoción de las raíces residuales. En el sexto encuentro, contó que abandonó el empleo porque la familia del anciano no realizaba los pagos en el plazo acordado.

Cicatriz, 29 años

En el primer encuentro, traía en la mano una derivación del equipo del PSF local: “Caries en premolares inferiores y otros. Refiere dolor”. Vino acompañado de su hija menor (1 año y medio). La niña, inquieta, dificultó la consulta. No se mencionaron problemas de salud. A pesar de la derivación, se le preguntó sobre sus quejas/molestias. *“Siento dolor en los dientes cuando como y cuando respiro por la boca. También he perdido empleo por no tener los dientes en perfecto estado”*.

En el examen físico, se observó una gingivitis intensa con mucho sangrado al sondaje, edema, abundante cálculo, raíces residuales, placa visible y gran destrucción coronaria de los incisivos superiores e inferiores.

Con la ayuda de un espejo, se discutió y negoció el tratamiento, explicándole que, dada su actual condición bucal, no era aconsejable iniciar una intervención restauradora. Se le solicitó que regresara dejando al bebé al cuidado de alguien de confianza para poder iniciar el tratamiento necesario con mayor tranquilidad.

Después de un mes, regresó bastante abatida. Había pasado por una entrevista de trabajo. El puesto, auxiliar de producción, le fue rechazado. Según ella, debido a su condición bucal. *“No imaginaba que eso sucedía de verdad. Necesito el trabajo”*. Está casada desde hace 10 años. Su marido estaba desempleado. Tienen 6 hijas. El esposo la culpa en cada embarazo y se niega a realizarse una vasectomía, mientras que ella estaba decidida a hacerse una ligadura de trompas para evitarlos. Las intervenciones clínicas comenzaron con el tratamiento periodontal. Había menos inflamación gingival, pero no era posible restaurar los dientes anteriores como ella deseaba.

En el tercer encuentro, ansiaba por el tratamiento restaurador. En el examen físico, se verificó que la inflamación gingival persistía, aunque con menor intensidad.

Tres meses después del primer encuentro, regresó. Era la consulta de su hija de 3 años. Sin embargo, solicitó atención porque, la semana siguiente, tendría otra entrevista de trabajo. No quería ser rechazada nuevamente. Se inició la restauración con resina compuesta de los incisivos. Ese mismo día, muy confiada, informó que

se había realizado los exámenes necesarios para la autorización de la cirugía de ligadura de trompas.

Forrest Gump, 47 años

En el primer encuentro, realizado en agosto en una consulta de urgencia, llegó bastante agitado. Su voz era nasal. Al preguntarle sobre su queja/molestia, habló extensamente y con mucho entusiasmo sobre sus problemas y su vida. Su queja se relacionaba con la molestia resultante de una exodoncia realizada meses antes. Desarrolló sinusitis debido a una comunicación bucosinusal. *“Después de que me sacaron el diente, empezó a salir agua por la nariz, arroz. Ya no puedo hablar bien. No puedo mirar hacia abajo porque me duele mucho la cabeza”*. En el Procon³, presentó una queja contra la clínica privada donde realizó la cirugía, pero no hubo resolución del problema. Además de la comunicación bucosinusal, se quejaba de encías inflamadas, movilidad dental, sangrado gingival y sensibilidad dentinaria al calor y al frío. Contó que, cuando era joven, limpiaba sus dientes con esponja de acero y lija de agua. Actualmente, utilizaba un clip como instrumento de limpieza. Relató con detalles exámenes médicos y viajes de São Paulo a Pernambuco y a su ciudad natal. Fue necesario interrumpirlo varias veces para solicitarle que contara su historia clínica de manera más breve. En el prontuario único, las anotaciones se referían al año 2007. Además de la salud bucal, se consultaba regularmente con la psiquiatra de la Unidad Básica de Salud y con una otorrinolaringóloga de la red privada.

Se definió como *“una persona muy indecisa y ansiosa. Vivo del pasado y extraño mi tierra”*. Es un migrante del noreste y trabajaba como guardia de seguridad en la guardería del barrio. Refería un intenso desánimo y mucha inestabilidad, llorando en todo momento y por cualquier motivo. Estaba bajo medicación antidepresiva, pero desarrolló una reacción alérgica al medicamento, que fue suspendido un mes después del inicio del tratamiento. Al preguntarle sobre la causa de su desánimo, dijo: *“Es mi mujer la que me irrita. Me trata como a un hijo. Es 13 años mayor que yo”*. Casados desde hace 7 años, decía que seguían juntos porque ella insistía. Se quejó de que su esposa rastreaba todas sus salidas. *“Ella ya me ayudó mucho cuando llegué a São Paulo. Pero hoy vivimos como madre e hijo. Ella no acepta eso”*.

En el examen físico, se observó una comunicación bucosinusal en la región del premolar, cálculo supragingival, movilidad dental y problemas periodontales. Se le solicitó que regresara trayendo una radiografía panorámica y también fue derivado al Servicio de Cirugía Oral Menor del CEO.

En el segundo encuentro, trajo la radiografía y una carta de la otorrinolaringóloga solicitando el cierre de la comunicación bucosinusal antes del tratamiento

³ Sistema Estatal de Protección al Consumidor (Procon). Servicio público de protección al consumidor, fue creado en 1976 y hoy se ha multiplicado en los estados y en cientos de ciudades brasileñas.

de la sinusitis. Relató que el cirujano-dentista del CEO le había aconsejado tratar la sinusitis antes de la cirugía. Estaba inseguro y quería resolver su problema. Se optó por intentar el cierre de la comunicación bucosinusal. En el tercer encuentro, durante el examen físico, se verificó que la tentativa de cierre de la comunicación había fracasado. Se llegó a la conclusión de que no sería posible realizar nuevas tentativas en la UBS. Se aconsejó a Forrest Gump que volviera a consultar en el CEO.

Inseguridad. A las puertas de las decisiones. A., 30 años, y sus hijas, C. y B., 6 años

En el primer encuentro, realizado en septiembre en una consulta programada, C. y B. vinieron junto con su madre, A. Las niñas tenían consultas programadas el mismo día, pero en horarios diferentes. Son gemelas univitelinas y tienen un hermano de menos de 6 meses de edad. Se indagó sobre la vida escolar, familiar, alimentación y el desarrollo de las niñas. Inseguridad relató que C. rechinaba los dientes y tenía enuresis nocturna. *“Por eso, todas las noches usa pañal para dormir. Tienen buen apetito y no tienen problemas de salud”*. Recibieron lactancia materna por poco tiempo. *“Tuve poca leche”*, dijo. Se preguntó sobre el uso del biberón. *“Todavía lo usan 2 veces al día, con leche y chocolate”*. Pero, según A., solo lo usan en casa, *“cuando están en la casa de la abuela no lo piden”*.

Se conversó con C. sobre su desarrollo bucal y la suspensión del uso del biberón. A. contó que le gustaría suspender el uso de los biberones, *“pero tengo miedo de quitárselos”*. Tenía miedo de lastimar a las niñas negándoles algo que tanto les gustaba. *“Puedo hasta quitárselos, pero ¿y si me piden el biberón de nuevo?”* Se le explicó que no había motivo para mantener el hábito, presentándole algunos argumentos para enfrentar la suspensión, aconsejándole que no sería necesario negociar con ellas.

Durante la consulta, A. se sintió capaz de negar el biberón a sus hijas. *“¡Cuando llegue a casa, voy a tirar los biberones!”* *“No, mamá... Déjame jugar con ellos”*, dijo C. *“No, C. Jugar no. Si esos biberones se quedan en casa, puedo cambiar de opinión y permitir que vuelvan a tomar”*. Se sugirió que las niñas entregaran los biberones en la próxima consulta, lo cual C. aceptó de inmediato. Se acordó que C. hablaría con B. y que, en la consulta de B., ellas entregarían los biberones. A. estaba satisfecha con el resultado y con la decisión tomada. Ese mismo día, al final de la consulta, B. sacó una bolsa de plástico del bolso de su madre y la dejó sobre la mesa. Eran los dos biberones.

Vidas Secas. Entre los pobres, los miserables. S., 27 años; hijos: C y V, 8 y 5 años; hija: J, 7 años

En el primer encuentro, realizado en agosto en una consulta programada, C., J. y V. vinieron junto con su madre, S. Como tenían edades muy cercanas, se optó por llamarlos a todos al mismo tiempo. Morenos y delgados. Tímidos, hablaban poco. J., piel y hueso, sonreía mucho. C., cabizbajo, se quejaba de dolor de cabeza.

Traían en la mano una derivación del equipo del PSF local: “dientes cariados”. Presentaban un evidente bajo peso. Se indagó sobre la opinión del médico respecto a la salud de los niños. *“Dice que están bien. Pero creo que no lo están. Quiero volver a consultar con el pediatra de aquí”*. A pesar de la derivación, se preguntó sobre sus quejas/ malestares. V. era el único que se quejaba de la boca y los dientes, según S. En cuanto a J., se quejaba de su terquedad y falta de atención, motivos por los cuales deseaba consultarla con la psicóloga. En cuanto a C., la preocupación se refería a temblores en las manos, palidez y heridas en la piel. Según los registros en el PU, a los 2 años de edad, J. sufrió de desnutrición. *“Solo tomaba agua y té”*. Sobre la alimentación, S. relató: *“Son difíciles para comer. J. come arroz, frijoles, sopa «maggi». V. solo come dulce. Es difícil comprar leche”*. En el levantamiento de la historia clínica, S. relató que J. se quejaba de cansancio y de dolor al orinar. V. fue el único amamantado por más de 2 años.

C. tenía un apellido diferente al de J. y V. Eran hermanos solo por parte de madre. C. es hijo del primer matrimonio de S., en tanto J., V. y un bebé son hijos de su relación actual. Vivían juntos en un solo cuarto en el mismo terreno donde estaba construida la casa del padre de S. *“El padre de C. murió. Fue asesinado”*. No dio detalles, solo comentó que estaba vinculado al tráfico de drogas ilícitas en la región. Se preguntó sobre su relación con el segundo esposo y la relación de él con los niños. S. contó que él era consumidor de drogas y bebía mucho. Tenía trabajo. *“Pero falta más de lo que va”*. Ella trabajaba como empleada doméstica por la Frente de Trabajo (FT). *“Antes, empujaba un carrito”*. S. se quejó de que, con el nuevo empleo, el servicio de asistencia social de la región había cancelado la entrega de la canasta básica. Eran solo nueve meses de contrato por la FT recibiendo un salario mínimo. Dijo que, al inicio del matrimonio, su segundo esposo trataba a C. como a un hijo. *“Pero ahora, se quejaba de que C tenía maneras de marica”*. Se indagó sobre la relación del esposo con C. para investigar si había algún caso de agresión al menor. *“No. No le pega a ninguno”*. Bajó la mirada. Fue necesario preguntarle si su esposo la agredía físicamente. *“Sí. A veces. Cuando bebe”*. Relató que, en ocasiones, él la agredió en presencia de los hijos. Contó que dejó la casa hace aproximadamente un año. Lo abandonó. Se mudó a una favela en São Paulo. *“Pero él nos buscó. Destruyó mi barraca y me trajo de vuelta acá”*. Estaban siendo seguidos por el consejo tutelar. *“Quieren llevar a los niños a un albergue. Pero mientras pueda trabajar, se quedan conmigo”*.

En el examen físico, se verificaron caries crónicas y agudas, cavitaciones, placa visible y manchas blancas. Se conversó sobre las intervenciones clínicas necesarias para cada uno de los niños y se solicitó que regresaran, sugiriendo que consultaran al pediatra de la UBS.

S. presentaba un intenso sufrimiento bucal. No fue examinada, pero se observó que portaba una prótesis removible provisional. Ella misma hizo referencia a su condición bucal después del examen físico de los hijos. No mantenía una buena higiene, tenía mal olor en la boca. Habló de su falta de ganas de cuidarse. *“No quiero arreglarme. No me cepillo los dientes”*. Nada la animaba, excepto sobrevivir por sus hijos. Preguntó si su mal aliento podría ser consecuencia de la hepatitis que contrajo en una relación sexual con su esposo. Pero era mucho más probable que el mal olor resultara de la inflamación y las áreas de necrosis gingival. Fue necesario interrumpir la consulta. El caso fue derivado al equipo de enfermería, lo que resultó en la entrega de leche para la familia. Sin embargo, S. insistía en terminar su desahogo: *“Mi esposo ya no quiere besarme. Dice que huelo mal”*.

Cuatro meses después, regresaron. En la mesa de consulta, S. dijo que, en breve, se mudaría a una favela en la zona norte de São Paulo. *“Mi tía tiene una barraca allí. Solo estoy esperando la madera prensada y las tejas”*. Al preguntarle si la mudanza sería tranquila, S. afirmó que había conversado con su esposo y que estaban de acuerdo; ella se mudaría con los niños y él no la seguiría más.

Discusión

El Estado brasileño, a través del SUS, asumió la responsabilidad de la atención a la salud de su población, enfrentando la complejidad del proceso salud-enfermedad. En el nivel primario del SUS, las acciones de carácter individual o colectivo involucran: promoción de la salud, prevención de enfermedades, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en una cadena progresiva que garantiza el acceso a los cuidados y a las tecnologías necesarias y adecuadas para la prevención y el enfrentamiento de las enfermedades, con el objetivo de prolongar la vida (Ministério da Saúde & Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, 2005).

La Unidad Básica de Salud, el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el SUS, es un lugar con potencial generador de encuentros y producción de subjetividades o de agenciamientos tecnosemiológicos (Teixeira, 2001). Sin duda, la actividad asistencial más realizada en la UBS es la clínica, por lo que la tomamos como objeto de investigación para comprenderla como un espacio de intersubjetivación entre los sujetos, cirujano-dentista y usuario, en un intento por experimentar tecnologías de cuidado (que comprenden la anamnesis y la terapéutica) para la innovación de la atención en salud bucal en la Atención Básica, reorientada por la lógica de la promoción de la salud.

Sabemos que la comunicación en la consulta clínica, además de las características individuales de los profesionales, está influenciada por: las condiciones de trabajo ofrecidas, la disposición de equipos, la infraestructura de la UBS y la organización del trabajo en salud.

Cada consulta es singular, ya que es el momento de encuentro entre dos sujetos singulares (Cunha, 2007) en el que uno de ellos, el usuario, busca el cuidado y la

resolución de sus problemas de salud. Este momento depende de factores como el lugar y la situación; es decir, la consulta realizada en un servicio de atención de urgencias es diferente de la realizada en la UBS. Sin embargo, ambas presentan un eje común: la identificación de un problema y la búsqueda de medios para resolverlo (Sucupira, 2007).

Clásicamente, se definen cuatro momentos en la consulta: anamnesis; examen físico; formulación del diagnóstico y elaboración de la terapéutica. La anamnesis (del griego *ana*, traer de nuevo y *mnesis*, memoria) es una entrevista realizada por el profesional de salud con un paciente que tiene como objetivo iniciar el diagnóstico de un problema mediante la construcción de la historia del usuario y de su enfermedad/queja. Tiene formas y técnicas correctas que, al ser aplicadas, permiten un mejor aprovechamiento del tiempo disponible para la atención, produciendo un diagnóstico seguro y un tratamiento adecuado. Cuando se lleva a cabo correctamente, puede ser responsable de hasta el 85% del diagnóstico en la clínica, dejando un 10% para el examen físico y solo un 5% para los exámenes complementarios (Wikipedia, 2007).

La buena anamnesis requiere de cinco pasos fundamentales: acogida del usuario y su queja; construcción de la historia de la enfermedad/queja actual; historia clínica completa (HCC); interrogatorio sobre los diferentes sistemas; y la historia alimentaria, familiar y socioeconómica. Para ello, es necesario escuchar al usuario y mantener un diálogo con él, así como anotar sistemáticamente y con claridad, en el prontuario único (PU), la información obtenida. La falta de anotación de datos, como en el caso de Menina-Moça, señala una doble negación de la historia de la queja: negación del profesional y negación del usuario. Un Prontuario Único mal completado y una historia clínica mal investigada pueden comprometer la relación de cuidado.

Es preciso también desmitificar la creencia de que la escucha y el diálogo son *done*s. La capacidad de diálogo es esencial en el proceso de cuidado, exige disposición (y técnica) para la escucha, y aceptación del *otro* y de sus conocimientos (Sucupira, 2007). Existen posturas profesionales y técnicas de comunicación que facilitan la conversación entre profesional y usuario, las cuales ilustramos a través de las historias patográficas. Entre las posturas profesionales, citamos: la consideración incondicionalmente positiva (aceptación del *otro*), la empatía (Wikipedia, 2007) y el reconocimiento del usuario como un sujeto portador de derechos.

Las habilidades de comunicación y razonamiento clínico son de dimensión relacional y técnica, por lo tanto, son tecnologías ligeras (Merhy, 2021) cuyo principal objetivo es acoger al usuario e intervenir en la evolución de su sufrimiento, restableciendo la homeostasis corporal y produciendo un vínculo entre los sujetos y los servicios de salud.

Existen componentes básicos para una comunicación eficiente en la clínica, denominados habilidades *no selectivas* y *selectivas* de escucha. Las primeras incluyen: comportamiento en la atención; comportamiento verbal y no verbal; acompañamiento verbal y silencios/pausas. Las segundas son: hacer preguntas abiertas (iniciando las interrogaciones con: ¿cómo?; ¿qué cree que puede ser o hacer?; evitando

reprimir al usuario con “porqués”); parafrasear el contenido (reproduciendo/traduciendo el relato en tono vacilante o afirmativo); expresar sentimientos (manifestando empatía); concretar (ayudando al usuario a ser más preciso) y resumir/sintetizar la historia contada. (Van der Molen *et al.*, 2007)

En las consultas que realizamos, optamos por no utilizar cuestionarios con preguntas cerradas ni odontogramas. El uso de guiones/protocolos en la anamnesis es bastante útil en la clínica, sin embargo, puede representar una trampa para el profesional de salud. Primero, porque las preguntas cerradas restringen y dirigen las respuestas de los usuarios y, segundo, porque el clínico puede incorporar estos algoritmos escuchando y preguntando solo lo que está contenido en los guiones (Sucupira, 2007), de manera que todo lo que no está representado como pregunta protocolaria genere cierta inseguridad, y el profesional de salud comience a evitar los *desvíos* necesarios en la investigación de una historia clínica (Souza, 2011).

La posibilidad de desviarse, la apertura de ojos y oídos hacia la vida del otro pueden hacer que cuestiones como la dependencia química, la violencia doméstica y sexual, el rendimiento escolar y los conflictos familiares emerjan como demandas de consulta que involucran conocimientos en psicología, sociología y antropología, para los cuales aún no hemos recibido la formación adecuada (Wikipedia, 2007). Estas exposiciones, que pueden ser sociales, familiares y psíquicas, presentadas en el relato de una historia de vida durante la anamnesis, son denuncias de la realidad social de una determinada comunidad en un tiempo específico. Representan la emergencia de un problema que, si se investiga y comprende mejor, puede proporcionar respuestas que permitan una atención más integral.

Es preciso señalar que hay diferencias en la consulta de niños y adultos. Los conceptos básicos para la ejecución de la anamnesis son los mismos para todos los ciclos vitales. Los niños, generalmente, vienen acompañados por el responsable que traduce sus síntomas y relata sus quejas. Los padres, en general, buscan atención médica en busca de respuestas a sus preocupaciones en relación con el desarrollo y la educación infantil. El profesional atento debe escuchar las quejas e investigar los modos y las condiciones de vida (como en el caso de *Vidas Secas*) y las relaciones afectivas y emocionales de la familia (como en el caso de *Inseguridad*) para comprender el proceso de enfermedad infantil. Entre las atribuciones del clínico, destacamos el apoyo y el estímulo a los padres, ofreciéndoles aliento para rescatar su autoestima (Leite *et al.*, 2007), así como el reconocimiento y la diferenciación entre problemas de naturaleza clínica y psicosocial, proporcionando las derivaciones correspondientes junto con profesionales de otras áreas.

En la relación del profesional con el usuario adulto, inicialmente, destacamos que este, debido a su mayor tiempo de vida, puede dejar lagunas en el LHC. Durante la anamnesis, el usuario, a través de fragmentos de memoria, presenta un relato no lineal de su vivencia (como en el caso de *Forrest Gump*). Sin embargo, hay otros aspectos relevantes en este tipo de consulta que deben ser observados, tales como: la escucha de la queja y la expectativa del usuario en relación con la consulta/servicio de salud, la motivación del mismo en relación con los cuidados corporales con estimulación de su autonomía, la privacidad en el consultorio que garantice la

confidencialidad del relato, la disposición de mesas, sillas y equipos. En este trabajo, utilizamos un espejo de 13x17 cm para ayudar al usuario en la observación, discusión y negociación del proyecto terapéutico. El uso del espejo fue opcional y creemos que el hecho de que el usuario se vea (o se examine con apoyo técnico-especializado) durante el EF contribuyó a ampliar su capacidad de autonomía además de facilitar el diálogo entre profesional y usuario.

Además, optamos por realizar parte de la consulta fuera de la silla odontológica, es decir, el usuario, al ser recibido en el consultorio, era invitado a sentarse frente a una mesa para la consulta. La diferencia en la recepción y en la disposición de los muebles y equipos fue señalada como positiva y percibimos que el simple hecho de no recibirlos en la silla odontológica ya eliminaba gran parte del sufrimiento generado por la ansiedad en relación con la consulta.

Escuchar al usuario y los motivos que lo llevaron a la consulta es el primer paso para efectivizar el diálogo y el vínculo. Comprender sus expectativas en relación con el profesional y el servicio de salud y examinarlo tratando de responder a sus angustias permite que, conjuntamente, cirujano dentista y usuario, construyan una agenda terapéutica que contemple las necesidades de tratamiento identificadas por el profesional y las demandas específicas del usuario.

Sin embargo, no siempre las demandas presentadas por los usuarios son del tipo queja-conducta. ¿Qué hacer cuando hay una reclamación sobre el rechazo en una entrevista de empleo? ¿Cuando hay una confidencia de desilusión con el matrimonio? ¿Cuando hay queja de dolor de cabeza que no presenta un factor desencadenante bucal o dental? Para comprender estas demandas, hay tres roles posibles que puede desempeñar el profesional de salud: el especialista, el consultor y el instructor (Van der Molen, 2007).

El profesional en el rol de especialista responde a demandas claras, a la queja/problema de orden biológico de un usuario dependiente. *Niña-Joven, Cazadora de Sí Misma, Forrest Gump, Primavera en los Dientes, Mama África, Vidas Secas, Cicatriz e Inseguridad* presentaban quejas aparentemente claras que dependían de acción profesional (derivaciones, curetajes, restauraciones, extracciones). Pero al profundizar en las investigaciones, nos encontrábamos con problemas de naturaleza diferenciada no estructurados biológicamente. Ejemplo: *Cazadora de Sí* y el rescate de los cuidados corporales o el caso de *Inseguridad* y la suspensión del uso de mamadera por las hijas. En este caso, el profesional desempeña un rol de consultor *colaborando* con el usuario en la búsqueda de solución, siendo imprescindible que ambos sean activos en el proceso de cuidado y la construcción de la agenda terapéutica pasa a ser compartida y realizada deliberativamente. Ya en el caso de *Cicatriz, Mama África, Forrest Gump, Primavera en los Dientes*, los problemas, cuando se investigan mejor, revelan un trasfondo psicológico o personal. Las quejas sobre trabajo, situación de desempleo y relaciones conyugales no cuentan con la inmediatez de las prescripciones médicas. Se configuran como relatos, historias de vida que deben ser escuchadas y comprendidas. En estos casos, el profesional asume el rol de instructor: escucha el relato, discute los problemas presentados e identificados, pero solo puede apoyar al usuario en la toma de responsabilidad y decisión sobre su proceso de búsqueda de soluciones.

Aclaremos que se adoptó el nombre de clínica de *odonto-estomatología* en lugar de la tradicional denominación de clínica odontológica porque entendemos la odontología como una subespecialidad de la estomatología (relación entre el todo y la parte), y no al revés, como ha sido difundido socio-históricamente por la corporación odontológica y los centros formadores.

Creemos que para cambiar el proceso de cuidado es necesario romper con la circunscripción impuesta por los conceptos nosológicos de la odontología (véase el Capítulo 10 de este libro) que hegemonícamente la orientan, tales como: el centramiento dental y la operatoria dental como *a priori* del diagnóstico y la terapéutica; la énfasis en el comportamiento individual del usuario y en las teorías microbiológicas para intervención en acciones de promoción de la salud; la caries dental como *patología-madre* (como si todas las demás patologías bucales derivaran de esta primera patología). Para ello, es necesario optar por otros referentes teórico-metodológicos: la SBC y la bucalidad. (véase capítulos 6 y 10 de este libro) Es a partir del entendimiento de la salud como un estado de equilibrio inestable (Cunha, 2007), determinado social y subjetivamente por un *homo sapiens-demens* (Morin, 1999), de la resignificación de las funciones sociales de la boca, de la comprensión de la enfermedad buco-dentaria y de la constitución del caso clínico en la anamnesis que se establecerá una nueva posición para la clínica.

Consideraciones finales

La Unidad Básica de Salud, primer nivel de contacto de individuos, de la familia y de la comunidad con el SUS, es un lugar con potencial generador de encuentros y producción de subjetividades.

La anamnesis, momento fundamental de la clínica, tiene como objetivo iniciar el diagnóstico seguro y el tratamiento adecuado de una afección a través de la formación de la historia del usuario y de su enfermedad/queja, y, cuando se lleva a cabo, puede ser responsable del 85% del diagnóstico en la clínica. Recordamos, como se planteó en el taller sobre clínica y subjetividad, realizado en el Congreso de la Abrasco en 2006, que *es en la anamnesis donde se constituye el caso clínico, es en la anamnesis donde aparece el enfermo con su enfermedad* (véase Capítulo 6).

La comunicación durante la consulta, además de las características individuales de los profesionales, está influenciada por: las condiciones de trabajo ofrecidas, la disposición de equipos, la infraestructura de la UBS y la organización del trabajo en salud bucal.

Las habilidades de comunicación y razonamiento clínico en la consulta son tecnologías ligeras que tienen el objetivo de acoger al usuario e intervenir en la evolución de su sufrimiento, restableciendo la homeostasis corporal y produciendo vínculo entre los sujetos y los servicios de salud. Para comprender al *otro* es necesario ampliar la mirada y la escucha profesional, lo que implica la adopción de

nuevos referentes teóricos y la modificación significativa del lenguaje y la aproximación clínica.

Percibimos que el vínculo entre el profesional y el usuario en la AB se construye en cada encuentro, en cada negociación terapéutica (como el uso de medicamentos o la necesidad de derivaciones), resultando del diálogo franco, la asunción de responsabilidades tanto del profesional como del usuario, y la resolución de sus quejas y necesidades.

Bibliografia

- Aberastury, A. (1984). *Aportaciones al psicoanálisis de niños*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Aberastury, A. (comp.) (1986). *El psicoanálisis de niños y sus aplicaciones*. México: Editorial Paidós.
- Abraham, N. & Torok, M. (1995). *A casca e o núcleo*. São Paulo: Editora Escuta.
- Aguilhon, E. (1878). De quelques travaux récents en odontologie. *Le Progrès Dentaire*, (5), pp. 332-345.
- Akerman, M. & Machado Lopez, E. (2020). O paciente é soberano na escolha de como quer ser cuidado. *Portal do envelhecimento*. Disponível em: <https://portaldoenvelhecimento.com.br/o-paciente-e-soberano-na-escolha-de-como-quer-ser-cuidado/>
- Althusser, L. (1996). Ideologia e aparelhos ideológicos do Estado (notas para uma investigação). Em S. Žižek (org.), *Um mapa da ideologia*. Rio de Janeiro: Contraponto.
- Arendt, H. (2014). *A condição humana*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Associação Brasileira de Odontologia Preventiva (1990). *Prática odontológica centrada em prevenção: aspectos básicos*. São Paulo: ABOPREV/Colgate.
- Barata, R. B. (1997). “Causalidade e epidemiologia”. *História, Ciências, Saúde—Manguinhos*. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v4n1/v4n1a02.pdf>
- Barata, R. B. (2005). Epidemiologia social. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 8(1) pp. 7-17. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v8n1/02.pdf>
- Barata, R. C. (1985). *A historicidade do conceito de causa* [1978]. São Paulo; (posteriormente editado por el Programa de Educação Continuada da Escola Nacional de Saúde Pública e Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Barros, R. S. & Botazzo, C. (2011). Subjetividade e clínica na atenção básica: narrativas, histórias de vida e realidade social. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(11), pp. 4337-4348. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n11/a06v16n11.pdf>
- Bastos, B. R. M. dos S.; Clara, A. S.; Fonseca, G. S.; Pires, F. S.; Souza, C. R. & Botazzo, C. (2018). Formação em saúde bucal e clínica ampliada: Por uma discussão dos currículos de graduação. *Revista Da ABENO*, 17(4), pp. 73–86. Disponível em: <https://doi.org/10.30979/rev.abeno.v17i4.520>
- Berlinguer, G. (1983). *A saúde nas fábricas*. São Paulo: Cebes/HUCITEC/Oboré.
- Berman, M. (1992). *Tudo que é sólido desmancha no ar: A aventura da modernidade*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Bert, P. (1884). Discours. Compte rendu de la Cinquième Séance Annuelle d'Inauguration. *L'Odontologie*, 4, pp. 344-351.
- Boltansky, L. (1989). *As classes sociais e o corpo*. Rio de Janeiro: Graal.
- Botazzo, C. (1991) Saúde bucal coletiva: um conceito em permanente construção. *Saúde Atual*, (1), pp.14-23.
- Botazzo, C. (1994). *A saúde bucal nas práticas coletivas de saúde*. São Paulo: Instituto de Saúde.
- Botazzo, C. (1999a). Emergência da Clínica Odontológica. *Odontologia e Sociedade*, 1(1/2), pp. 5-13.
- Botazzo, C. (1999b). *Unidade básica de saúde: A porta do sistema revisitada*. Bauru: EDUSC.

- Botazzo, C. (2000a). Arqueologia de uma formação embriológica. *Odontologia e sociedade*, 2(1), pp. 93-102.
- Botazzo, C. (2000b). *Da arte dentária*. São Paulo: Editora HUCITEC-Fapesp.
- Botazzo, C. (2000c) Saúde pública e Saúde Coletiva: Saberes, interdisciplinaridade e política. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(2), pp. 237-240.
- Botazzo, C. (2003). Saúde bucal e cidadania: transitando entre a teoria e a prática. En A. C. Pereira, *Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde*. Porto Alegre: Artmed.
- Botazzo, C. (2006a). Sobre a bucalidade: Notas para a pesquisa e contribuição ao debate. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(1), pp. 7-17. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n1/29438.pdf>
- Botazzo, C. (2006b). Mais vale burro que me carregue que cavalo que me derrube. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(1), pp. 39-43. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n1/29446.pdf>
- Botazzo, C. (2008). A bucalidade no contexto da estratégia de saúde da família: Ajudando a promover saúde para indivíduos, grupos e famílias. En S. T. Moysés; L. Kriger & S. J. Moysés, *Saúde bucal das famílias. Trabalhando com evidências*. São Paulo: Artes Médicas.
- Botazzo, C. (2008). Sobre a Atenção Básica. Os cuidados primários de saúde no contexto da Reforma Sanitária brasileira. En C. Botazzo & M. A. Oliveira, *Atenção básica no Sistema Único de Saúde: Abordagem interdisciplinar para os serviços de saúde bucal*. São Paulo: Páginas & Letras Editora e Gráfica.
- Botazzo, C. (2010) *El nacimiento de la odontología. Un estudio arqueológico del arte dental*. Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.
- Botazzo C. (2012). *O desenho de objetos em saúde coletiva. Ensaio sobre o positivismo e outros modos de pensar em saúde* [tese Livre Docência]. São Paulo: Departamento de Odontologia Social da Faculdade de Odontologia da USP.
- Botazzo, C. (2013a). A cárie dentária como fetiche. En C. Botazzo, *Diálogos sobre a boca*, São Paulo: Hucitec.
- Botazzo, C. (2013b). Grupos e coletivos em conflito. En C. Botazzo, *Diálogos sobre a boca*. São Paulo: Hucitec.
- Botazzo, C. (2013c). *Bucalidade. Pro-odonto Prevenção* (p. 9-55). Associação Brasileira de Odontologia.
- Botazzo, C. (2013d). Entrevista [Extracto de entrevista realizada el 14 de febrero de 2000, no publicada, para o *Jornal e Revista ABO Nacional*]. São Paulo: Hucitec.
- Botazzo, C. (2013e). *Diálogos sobre a boca*. São Paulo: Hucitec.
- Botazzo, C. (2017). O conhecimento pelas mãos. *Revista da ABENO*, 17(4), pp. 2-19.
- Botazzo, C. & Gutreiman, A. M. (1986). Aspectos psicológicos do tratamento odontológico. *Saúde em Debate*, 18, pp. 42-49.
- Botazzo, C.; Bertolini, S. R. & Corvelho, V. M. (1995). Atenção em saúde bucal: condição atual do acesso a trabalhadores e adultos nos sistemas locais de saúde. *Divulgação em Saúde para Debate*, (10), pp. 43-53.
- Botazzo, C.; Manfredini, M. A.; Narvai, P. C. & Frazão, P. (2013). Saúde bucal coletiva. En C. Botazzo, *Diálogos sobre a boca*, São Paulo: Hucitec.
- Botazzo, C.; Louvison, M.; Akerman, M. & Pereira, A. L. (2018). Saúde é política... Há uma grande desordem sob o céu: a experiência “comunal” do 15º Congresso Paulista de Saúde Pública. *Saúde e Sociedade*, 27(1), pp. 61-68.
- Bouillon, J.; Sohn, A. M. & Brunel, F. (1978). *1848/1914. Histoire*. Paris: Bordas.

- Bourdieu, P. (1972). *Esquisse d'une théorie de la pratique: Précédé de trois études d'ethnologie kabyle*. Genève-Paris: Librairie Droz.
- Bourdieu, P. (1983). *Questões de sociologia*. Rio de Janeiro: Ed. Marco Zero.
- Bourdieu, P. (1994). Esboço de uma teoria da prática. En R. Ortiz (org.), *A sociologia de Pierre Bourdieu* (Nº39, pp. 46-81). São Paulo: Ática.
- Brillat-Savarin, J-A. (1989). *A fisiologia do gosto*. Rio de Janeiro: Ed. Salamandra.
- Buss, P. M. (2000). Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1), pp.163-177.
- Buss, P. M. & Carvalho, A. I. (2009). Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(6), pp. 2305-2316.
- Calasso, R. (1990). *As núpcias de Cadmo e Harmonia: mitos*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Camargo Júnior, K. R. (2003) Um ensaio sobre a (in) definição de integralidade. En R. Pinheiro; R. A. Mattos & K. R. Camargo Júnior (org.), *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ-IMS/ABRASCO.
- Campos, G. W. S. (2000). Saúde pública e Saúde Coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*. Disponível en: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n2/7093.pdf>
- Campos, G. W. S. (2003) *Saúde Paidéia*. São Paulo: HUCITEC.
- Canguilhem, G. (1977). *Ideologia e racionalidade nas ciências da vida*. Lisboa: Edições 70.
- Canguilhem, G. (1995). *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Carles, P. (2001). *La sociologie est un sport de combat - Pierre Bourdieu* [Documentário sobre Pierre Bourdieu].
- Carvalho, S. R. (2004). Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de Promoção à Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(4), pp. 1088-1095.
- Carvalho, S. R. & Gastaldo, D. (2008). Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(sup. 2), pp. 2029-2040.
- Castoriadis, C. (1997). *As encruzilhadas do labirinto*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Cercle des Dentistes. (1882) Troisième banquet annuel du Cercle des Dentistes de Paris. *Le Progrès Dentaire*, 9, p.160.
- Czeresnia, D. (2012). *Categoria vida: reflexões para uma nova biologia*. Rio de Janeiro: Editora Fio-cruz.
- Chaves, M. M. (1986). *Odontologia Social*. Rio de Janeiro: Artes Médicas.
- Clavreul, J. (1983). *A ordem médica: poder e impotência do discurso médico*. Noutajim São Paulo: Editora Brasiliense.
- Cohen, L.; Dahlen, G.; Escobar, A.; Fejerskov, O.; Johnson, N. W. & Manji, F. (2017) Dentistry in Crisis: Time to Change. La Cascada Declaration. *Australian Dental Journal*, (62), pp. 258-260. doi:10.1111/ADJ.12546
- Comte, A. (1978). *Curso de filosofia positiva*. São Paulo: Abril Cultural.
- Conselho Federal de Odontologia (s/f). *Número de profissionais por especialidades*. Brasil. Disponível en: <http://cfo.org.br/servicos-e-consultas/Dados-estatisticos>.
- Conselho Nacional de Educação (2002). *Resolução CNE/CES 3, de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia*. Brasil. Disponível en <https://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES032002.pdf>
- Contenau, G. (1902). L'enseignement dentaire en France. *La Revue de Stomatologie*, 9, pp. 434-436.

- Cordón, J. A. (1986) A saúde bucal e o mercado de trabalho odontológico. *Saúde em Debate*.
- Cordón, J. A. & Silva, H. (1980). Las categorías “monopolio” y “desmonopolización” en estomatología. *Acta Odontológica Venezolana*, 18(3), pp. 419-438.
- Cordón, J. A. & Silva, H. (1982). *Simplificación y desmonopolización en odontología*. República Dominicana: Colección SESPAS, Impressos de Calidad S.A.
- Corrêa, A. P. (1985). *Análise comparativa dos efeitos de um programa incremental sobre a saúde oral de seus beneficiados* [dissertação de mestrado]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Costa, J. F. (1991). Psiquiatria burocrática: duas ou três coisas que sei dela. En L. T. Aragão; C. Calligaris; J. F. Costa; O. Souza, *Clínica do Social: Ensaio*. São Paulo: Ed. Escuta.
- Costa, J. F. (2007). *O risco de cada um: e outros ensaios de psicanálise e cultura*. Rio de Janeiro: Garamond.
- Cruet, L. (1902). Pour les dentistes. *La Revue de Stomatologie*, 9, pp.273-78.
- Cunha, G. T. (2007). *A construção da clínica ampliada na Atenção Básica*. São Paulo: Hucitec.
- Cunha, V. P. P.; Santos, J. F. F.; Marchini, L.; Neisser, M. P. & Bottino, M. A. (2000). Alterações do plano oclusal durante o processamento laboratorial de próteses totais: revisão da literatura. *Revista Biociências*, 6(1), pp. 41-47.
- Donnangelo, M. C. F. (1983). A pesquisa na área da Saúde Coletiva – A década de 70. En P. M. Buss (org.), *Ensino da saúde pública, medicina preventiva e social no Brasil* (v. 2, p. 17-35). Rio de Janeiro: ABRASCO.
- Donnangelo, M. C. F. (1975). *Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho*. São Paulo: Pioneira.
- Donnangelo, M. C. F. & Pereira, L. (1976). *Saúde e sociedade*. São Paulo: Duas Cidades.
- Douglas, M. (1976). *Pureza e perigo*. São Paulo: Editora Perspectiva.
- Dubois, P. (1890). Lois intéressantes la médecine devant la Chambre des Députés. Rapport. *L’Odontologie*, (10), pp. 29-33, 78-88, 97-127, 201-19, 259-74, 313-19, 361-64.
- Durkheim, É. (1978). *As regras do método sociológico* (Biblioteca Universitária; sér. 2: Ciências sociais; v. 44). São Paulo: Ed. Nacional.
- Eco, H. (1995). *A ilha do dia anterior*. São Paulo: Ed. Record.
- Elias, N. (1990). *O processo civilizador. Uma história dos costumes* [Vol. 1]. Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar.
- Elias, N. (1993). *O processo civilizador. Formação do Estado e civilização* [Vol. 2]. Rio de Janeiro: Zahar.
- Engels, F. (1985). *A situação da classe trabalhadora na Inglaterra*. São Paulo: Global.
- Entralgo, P. L. (1998). *La historia clínica. Historia y teoría del relato patográfico*. Madrid: Editorial Triacastela.
- Eribon, D. (1990). *Michel Foucault, 1926-1984*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Fauchard, P. (1746). *Le chirurgien-dentiste où traité de dents*. Paris: Jean Mariette.
- Fernandes, F. (1986). A Sociologia: Objeto e principais problemas. En O. Ianni O. (org.), *Florestan Fernandes e a formação da sociologia brasileira*. São Paulo: Ática.
- Ferreira, M. A. F. (1995). Notas sobre a contribuição do cientista social ao campo da saúde. En A. M. Canesqui (org.), *Dilemas e desafios das ciências sociais na Saúde Coletiva*. São Paulo-Rio de Janeiro: Ed. Hucitec-Abrasco.

- Ferreira, M. S. & Castiel, L. D. (2009). Which Empowerment, Which Health Promotion? Conceptual Convergences and Divergences in Preventive Health Practices. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(1), pp.68-76.
- Figueiredo, G. O.; Brito, D. T. S. & Botazzo, C. (2003). Ideologia, fetiche e utopia na saúde: uma análise a partir da saúde bucal. *Ciência & Saúde Coletiva*; 8(3), pp. 753-763. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n3/17455.pdf>
- Filderman, M. (1959). Pierre Fauchard, sa vie, son oeuvre. *Bulletin de l'Académie Nationale de Chirurgie Dentarie*, pp. 83-94.
- Fleck, L. (1986). *La génesis y el desarrollo de un hecho científico. Introducción a la teoría del estilo de pensamiento y del colectivo de pensamiento*. Madrid: Alianza Editorial.
- Fonseca, G. S.; Junqueira, S. R. & Botazzo, C. (2021). Faces e disfarces da formação em Odontologia: revelando e conceituando o ensino da odontologia in vitro. *Tempus-Actas de Saúde Coletiva*, 12(2), pp. 163-178. Disponível em: <https://doi.org/10.18569/tempus.v12i2.2689>
- Fonsêca, G. S.; Botazzo, C.; Pires, F.S. & Junqueira, S.R. (2017). Itinerário formativo em Clínica Ampliada: narrativas de uma cirurgia-dentista. *Revista da ABENO*, p. 160-170.
- Fonsêca, G. S.; et al. (2018). Redesenhando caminhos na direção da clínica ampliada de saúde bucal. *Saúde e Sociedade*, 27(4), pp. 1174-1185.
- Foucault, M. (1978). *História da loucura*. São Paulo: Perspectiva.
- Foucault, M. (1980). *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária.
- Foucault, M. (1985). *La arqueología del saber*. México: Siglo Veintiuno.
- Foucault, M. (1986). *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal.
- Foucault, M. (1990). *As palavras e as coisas: Uma arqueologia das ciências humanas*. São Paulo: Martins Fontes.
- Foucault, M. (1991). *Vigiar e punir. Nascimento da prisão*. Petrópolis: Vozes.
- Foucault, M. (1994). *Le jeu de Michel Foucault. Entretien. Dits et écrits. 1954-1988. III, 1976-79*. Paris: Éditions Gallimard.
- Frazão, P. (1998a). A participação do pessoal auxiliar odontológico na promoção da saúde bucal. *Revista de Odontologia da Universidade de São Paulo*, 12(4), pp. 329-336.
- Frazão, P. (1998b). Tecnologias em saúde bucal coletiva. En C. Botazzo & S. F. T. Freitas (org.), *Ciências sociais e saúde bucal. Questões e perspectivas*. Bauru/SP: Edusc; São Paulo: Fundação Editora da UNESP (Prismas).
- Frazão, P. & Marques, D. S. C. (2006). Influência de agentes comunitários de saúde na percepção de mulheres e mães sobre conhecimentos de saúde bucal. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 11(1), pp.131-144.
- Freitas, S. F. T. (2001). *História social da cárie dentária*. Bauru: EDUSC.
- Freitas, S. F. T. (2006). Mais algumas notas para contribuição ao debate sobre a bucalidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(1), 31-33.
- Godon, Ch. (1901). *L'École Dentaire. Son histoire, son action, son avenir*. Paris: Librairie JB. Baillière et Fills.
- Goes, P. S. A.; Sheiham, A.; Watt, R. G. & Hardy, R. (2007). The Prevalence and Severity of Dental Pain in Brazilian 14-15 Years Old Schoolchildren. *Community Dental Health*, 24, pp. 217-224.
- Goes, P. S. A. & Moysés, S. J. (2012). A formulação de políticas públicas de saúde bucal. En P. S. A. Goes & S. J. Moysés (org.), *Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal*. Porto Alegre: Artes Médicas.

- Goldbaum, M.; Botazzo, C.; Escrivão Jr, A.; Manso, A. X.; Merhy, E. E.; Carvalheiro JR. et al. (1999). Pós-graduação em Saúde Coletiva. En *VI Congresso Paulista de Saúde Pública* (Vol. II). São Paulo: Associação Paulista de Saúde Pública.
- Gonçalves, R. B. M. (1986). *Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo* [tesis de doctorado]. São Paulo: Faculdade de Medicina da USP.
- Gonçalves, R. B. M.; Schraiber, L. B. & Nemes, M. I. B. (1990). Seis teses sobre a ação programática em saúde. En L. B. Schraiber (org.), *Programação em saúde hoje*. São Paulo: Hucitec.
- Gorender, J. (1979). *O escravismo colonial*. São Paulo: Ática.
- Guedes-Pinto, A. C.; Correa, M. S. N. & Giglio, E. M. (1987). *Conduta clínica e psicologia em odontopediatria*. São Paulo: Editora Santos.
- Habermas, J. (1990). *Para a reconstrução do materialismo histórico*. São Paulo: Editora Brasiliense.
- Haddad, A. E.; Pierantoni, C. R.; Ristoff, D.; Xavier, I. M.; Giolo, J. & Silva, L. B. (org.) (2006). *A trajetória dos cursos de graduação na área da saúde: 1991-2004*. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira.
- Harris, C. A. & Austen, P. H. (1874). *Traité théorique et pratique de l'art du dentiste: comprenant l'anatomie, la physiologie, la pathologie, la thérapeutique, la chirurgie, et la prothèse dentaires*. Paris: Librairie JB. Bailliére et Fils.
- Hipócrates (2002). *Conhecer, cuidar, amar: O juramento e outros textos*. São Paulo: Editora Landy.
- Hortale, V. A.; Conill, E. M. & Pedroza, M. (1999). Desafios na construção de um modelo para análise comparada da organização de serviços de saúde. *Cadernos Saúde Pública*, 15(1), pp. 79-88. Disponible en: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v15n1/0038.pdf>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (1987). Acesso a serviços privados no Brasil. *Odonto Notícias*, (43).
- Iyda, M. (1998). Saúde bucal: uma prática social. En C. Botazzo & S. F. T. Freitas (org.), *Ciências sociais e saúde bucal: Questões e perspectivas*. São Paulo: UNESP; Bauru: EDUSC.
- Kalina, E. & Kovadloff, S. (1978). *As ciladas da cidade. Um estudo sobre as relações da vida urbana com a drogadição*. São Paulo: Brasiliense.
- Kirk, E. C. (1910). *Manuel de dentisterie opératoire*. Paris: Masson et Cie, Editeurs.
- Klein, H.; Palmer, C. E. & Knutson, J. W. (1938). Studies on Dental Caries. Dental Status and Dental Needs of Elementary School Children. *Public Health Reports*; (53), pp. 751-765.
- Kovaleski, D. F. (2004). *A disciplinarização da boca: das tecnologias do eu ao regime de vida* [dissertação de mestrado]. Florianópolis: Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina.
- Kovaleski, D. F.; Botazzo, C. & Freitas, S. F. T. (2006). Disciplinarização da boca, a autonomia do indivíduo na sociedade do trabalho. *Ciência e Saúde Coletiva*, 11(1), pp. 97-103. Rio de Janeiro: ABRASCO.
- Kuhn, T. S. (1992). *A Estrutura das Revoluções Científicas*. São Paulo: Perspectiva.
- Kusma, S. Z.; Moysés, S. T. & Moysés, S. J. (2012). Promoção da saúde: perspectivas avaliativas para a saúde bucal na atenção primária em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 28, Sup.: S9-S19. Rio de Janeiro.
- L'Abbate, S.; Mourão, L. C. & Pezzato, L. M. (org.) (2013). *Análise institucional & Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec.
- Lalonde, M. (1981). *A New Perspective on the Health of Canadians: A Working Document*. Ottawa: Minister of Supply and Services of Canada.

- Lapassade, G. (1982). *Grupos, organizações e instituições*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- Laplanche, J & Pontalis, J. B. (1991). *Vocabulário da psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.
- Laurell, A. C & Noriega, M. (1989). *O processo de produção e saúde: Trabalho e desgaste operário*. São Paulo: Hucitec.
- Leakey, R. E. (1982). *A evolução da humanidade*. São Paulo: Melhoramentos.
- Leakey, R. E. (1995). *A origem da espécie humana*. Rio de Janeiro: Rocco.
- Leão, A. T. T. & Locker, D. (2006). Impacto das condições de saúde bucal na qualidade de vida. En J. L. F. Antunes & M. A. Peres (org.) *Fundamentos de Odontologia: epidemiologia da saúde bucal*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Leavell, H. R. & Clark, E. G. (1976). *Medicina preventiva*. São Paulo: MacGraw-Hill do Brasil; Rio de Janeiro: Fename.
- Lefoulon (1841). *Nouveau traité théorique et pratique de l'art du dentiste*. Paris: Fortin-Masson.
- Leiris, M. (1970). Raça e civilização. En UNESCO, *Raça e ciência* (Vol. I). São Paulo: Perspectiva.
- Leite, A. J. M.; Carmo e Sá, H. L. & Bessa, O. A. C. (2007). Habilidades de comunicação na consulta com crianças. En A. J. M. Leite; A. Caprara & J. M. Coelho Filho (org.) *Habilidades de comunicação com pacientes e famílias*. São Paulo: Sarvier.
- Léonard, J. (1981). *La médecine entre les pouvoirs et les savoirs*. Paris: Aubier.
- Lerman, S. (1964). *Historia de la odontología y su ejercicio legal*. Buenos Aires: Editorial Mundi.
- Lévi-Strauss, C. (1970). Raça e sociedade. En UNESCO. *Raça e ciência* (vol. I). São Paulo: Perspectiva.
- Lispector, C. (1998). *Uma aprendizagem ou o Livro dos Prazeres*. Rio de Janeiro: Rocco.
- Londrina. Secretaria de Saúde e Promoção Social. (1987). *Projeto piloto para atendimento de bebês e pré-escolares do Jardim Tókio e Vila Industrial*. Londrina. (no editado).
- Lopes, M. G. M. (org.) (2008). *Salud bucal colectiva: implementando ideas, concibiendo integralidad*. Rio de Janeiro: Editora Rúbio.
- Lourau, R. A. (2014). *Análise institucional*. Petrópolis: Vozes.
- Luz, T. M. (2022). *Natural, racional, social: razón médica y racionalidad científica moderna*. Remedios de Escalada: De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús.
- McGrew, W. C. & Tutin, C. E. G. (1972). Chimpanzee dentistry. *JADA*, 85, pp. 1198-1204.
- Machado, R. (1988). *Ciência e saber. A trajetória da arqueologia de Michel Foucault*. Rio de Janeiro: Graal.
- Manfredini, M. A. & Botazzo, C. (2006). Tendências da indústria de equipamentos odontológicos no Brasil entre 1990 e 2002: notas prévias. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(1), pp.169-177.
- Marcondes, W. B. (2004). A convergência de referências na Promoção da Saúde. *Saúde e Sociedade*, 13(1), pp.5-13.
- Martins, J. S. (2002). *A sociedade vista pelo abismo: novos estudos sobre exclusão, pobreza e classes sociais*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Marx, K. (1974). Manuscritos econômico-filosóficos. Terceiro manuscrito. En: K. Marx, *Manuscritos econômico-filosóficos e outros textos escolhidos*. São Paulo: Abril.
- Martildes, M. L. R.; Narvai, P. C. & Martins, J. A. M. (1992a). Cárie dental: sistema incremental de atendimento e redução das necessidades de tratamento em escolares em três cidades do Ceará, entre 1979 e 1991. *Rev Bras Saúde Esc.*; 2(1), pp. 11-18.
- Martildes, M. L. R.; Rosa, A. G. F. & Silva, N. N. (1992b). Avaliação do impacto de programas incrementais sobre a prevalência de cárie dental em escolares. *Rev Bras Saúde Esc*, 2(2), pp. 73-78.

- Mattos, R. A. (2001). Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. En R. Pinheiro & R. A. Mattos, *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/ABRASCO.
- Mello, A. L. S. F.; Moysés, S. T. & Moysés, S. J. (2010). A universidade promotora de saúde e as mudanças na formação profissional. *Interface. Comunicação saúde educação*, 14(34), pp.683-692.
- Mendonça, T. C. (2001). Mutilación dental: concepciones de trabajadores rurales sobre la responsabilidad por la pérdida dental. *Cad. Saúde Pública*, 17(6), pp. 1545-1547. Disponible en: <http://scielo.br/pdf/csp/v17n6/6982.pdf>.
- Merhy, E. E. (2021). *Salud: cartografía del trabajo vivo*. Remedios de Escalada: De la UNLa-Universidad Nacional de Lanús.
- Minayo, M. C. S. (1992). *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO.
- Ministério da Saúde (1988). *Levantamento epidemiológico em saúde bucal: Brasil, zona urbana. 1986*. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal.
- Ministério da Saúde (2004a). *Projeto SB Brasil 2003: Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: Resultados principais*. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasil: Ministério da Saúde/ Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Atenção Básica/Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Disponible en: http://cfo.org.br/wp-content/uploads/2009/10/04_0347_M.pdf
- Ministério da Saúde (2004b). *Política Nacional de Saúde Bucal*. Brasília, DF: Coordenação de Saúde Bucal.
- Ministério da Saúde (2012). *SB-Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – Resultados Principais*. Brasília, DF: Ministério da Saúde/ Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Atenção Básica/ Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Disponible en: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf
- Ministério da Saúde & Universidade de Brasília (1986). *Relatório Final*. 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal [V. Garrafa, coordenador]. Brasília, DF.
- Ministério da Saúde & Conselho Nacional de Secretárias Municipais de Saúde (2005). *O SUS de A a Z: Garantindo saúde nos municípios*. Brasília, DF.
- Monteiro, J. M. (2018). *10 lições sobre Bourdieu*. Editora Vozes: Petrópolis.
- Monteiro, C. & Botazzo, C. (1989). *Diálogos sobre a boca: uma psicanalista e um cirurgião-dentista falam sobre um objeto comum* [Projeto de Pesquisa, no editado].
- Moraes, N. (1988). *Reunião técnica com o Núcleo Operativo do GEPRO de Saúde Bucal do SUDS-SP* [información del autor].
- Morin, E. (1999). *Amor, poesia, sabedoria*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- Moysés, S. J. (2006). Assim é se lhe parece. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(1), pp. 21-24. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n1/29440.pdf>
- Moysés, S. J. & Sheiham, A. (2003). A saúde bucal coletiva: personagens, autores ou Pirandello de novo? En L. Kriger (org), *Promoção de saúde bucal: paradigma, ciência, humanização*. Rio de Janeiro: Artes Médicas.
- Moysés, S. J. & Moysés, S. T. (2006). Diferentes abordagens dos estudos epidemiológicos - do individual ao ecológico. En J. L. F. Antunes & M. A. Peres (org.), *Fundamentos de Odontologia: Epidemiologia da saúde bucal* (Vol. 1). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Narvai, P. C. (2001). Saúde bucal coletiva: um conceito. *Odontologia & Sociedade*, 3(1-2), pp. 47-52.
- Narvai, P. C. (2006). Saúde bucal coletiva, bucalidade e antropofagia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(1), pp. 18-21. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n1/29439.pdf>

- Nettleton, S. (1988). Protecting a Vulnerable Margin: Towards to an Analysis of How the Mouth come be Separated from the Body. *Sociology of Health and Illness*, 10(2), pp. 156-169.
- Novaes, H. M. D. (1979). *A puericultura em questão* [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Medicina da USP.
- Novaes, H. M. D. (1987). *Diagnosticar e classificar: o limite do olhar* [tesis de doctorado]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.
- Novaes, H. M. D. (1998). Tecnologia e saúde: A construção social da prática odontológica. En C. Botazzo & S. F. T. Freitas (org.), *Ciências sociais e saúde bucal: Questões e perspectivas*. São Paulo: Unesp. Bauru: EDUSC.
- Novaes, R. L. (1986). *O tempo e a ordem* [tesis de doctorado]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.
- Nunes, S. A. (1988). Da medicina social à psicanálise. En J. Birman, *Percursos na história da psicanálise*. Rio de Janeiro: Taurus/Ananké.
- Nunes, E. D. (1992). Henry Ernest Sigerist. Pioneiro da história social da medicina e da sociologia médica. *Educación Médica y Salud*, 26(1), pp. 70-81.
- Nunes, E. D. (1995). A questão da interdisciplinaridade no estudo da Saúde Coletiva e o papel das Ciências Sociais. En A. M. Canesqui (org.), *Dilemas e desafios das ciências sociais na Saúde Coletiva*. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO.
- Nunes E. D. (1999). *Sobre a sociologia da saúde: Origens e desenvolvimento*. São Paulo: HUCITEC.
- Nunes, E. D. (2006). Saúde Bucal Coletiva: a busca de uma identidade. *Ciencia & Saúde Colectiva*, 11(1), pp. 37-39.
- Oliveira, A. E. (1991). *Alguns históricos de um personagem: o cirurgião-dentista, a corporação odontológica e o seu imaginário* [dissertação de mestrado]. Vitória, ES: Centro Pedagógico, Universidade Federal do Espírito Santo.
- OPAS/OMS (1986). *Carta de Ottawa. Primeira Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde*. Ottawa.
- Ortiz, R. (1983). Introdução. A procura de uma sociologia da prática. En R. Ortiz (org.) *Pierre Bourdieu. Sociologia*. São Paulo: Ática.
- Paim, J. S. & Almeida Filho, N. (2000). *A crise da saúde pública e a utopia da Saúde Coletiva*. Salvador: Ed. Casa da Qualidade.
- Paixão, H. H. (1979). *A odontologia sob o capital. O mercado de trabalho e a formação universitário-profissional do cirurgião-dentista* [tesis de maestría]. Belo Horizonte, MG: Faculdade de Educação da UFMG.
- Peres, M. A. & Peres, K. G. A. (2006). A saúde bucal no ciclo vital: Acúmulo de riscos ao longo da vida. En J. L. F. Antunes & M. A. Peres (org.), *Fundamentos de Odontologia: Epidemiologia da saúde bucal*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Piaget, J. (1970). *O estruturalismo*. São Paulo: Difel. (Saber Atual).
- Pinheiro, R. (2001). As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. En: Pinheiro R, Mattos RA. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/ABRASCO.
- Pinheiro, R. & Luz, T. M. (2003). Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. En R. Pinheiro & R. A. Mattos. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/ABRASCO.
- Pinto, A. V. (1985). *Ciência e existência. Problemas filosóficos da pesquisa científica*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.

- Pinto, V. G. (1989). *Saúde bucal. Odontologia preventiva e social*. São Paulo: Santos.
- Pirandello, L. (1981). *Seis personagens à procura de um autor*. São Paulo: Abril Cultural.
- Poincaré, H. (1995). *O valor da ciência*. Rio de Janeiro: Contraponto.
- Ratcliff, J. D. (1949). Agora é fácil salvar os dentes das crianças. *Seleções do Readers Digest*, (84), pp. 57-59.
- Reca, T. (1974). *Problemas psicopatológicos en pediatria*. Buenos Aires: Editorial Universitaria.
- Reis, D. M.; Rocha Pitta, D.; Barbosa Ferreira, H. M.; Pinto de Jesus, M. C.; Leonelli de Moraes, M. E. & Gonçalves Soares, M. (2010). Educação em saúde como estratégia de promoção de saúde bucal em gestantes. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 15(1), pp.269-276.
- Ricci, A.; Bijela, V. T. & Moraes, N. (1989a). O cirurgião-dentista face às emergências médicas. Parte I: avaliação da capacidade profissional. *Revista Paulista Odontologica*, 3(11), pp. 18-35.
- Ricci, A.; Bijela, V. T. & Moraes, N. (1989b). O cirurgião-dentista face às emergências médicas. Parte II: avaliação dos recursos materiais disponíveis. *Revista Paulista Odontologica*; 4(11), pp. 46-51.
- Ring, M. E. (1985). *Dentistry. An illustrated history*. New York: Harry N. Abrams; St. Louis: Mosby-Year Book.
- Roncalli, A. G. (2006). Edentulismo. En J. L. Ferreira Antunes & M. A. de Anselmo Peres (org.), *Fundamentos de Odontologia: epidemiologia da saúde bucal* (Vol. 1). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Rosen, G. (1980). *Da polícia médica à medicina social. Ensaio sobre a história da assistência médica*. Rio de Janeiro: Graal.
- Saimovici, E. & Saimovici, H. C. K. (1986). Significado de la dentición y de los dientes en la obra de S. Freud, K. Abraham, S. Ferenczy y M. Klein. En A. Aberastury. *El psicoanálisis de niños y sus aplicaciones*. Buenos Aires: Paidós.
- Salomon-Bayet, C. (1986). *Pasteur et la revolution pastorienne*. Paris: Payot.
- Samaja, J. (2000). *A reprodução social e a saúde. Elementos teóricos e metodológicos sobre a questão das "relações" entre saúde e condições de vida*. Salvador: Editora Casa da Qualidade.
- Santos, B. R. M.; Clara, A. S.; Fonsêca, G. S.; Pires, F. S.; Souza, C. R. & Botazzo, C. (2017). Formação em Saúde Bucal e Clínica Ampliada: por uma discussão dos currículos de graduação. *Revista da Abeno*, 17(4), pp. 63-86.
- Santos F., L. (1977). *História geral da medicina brasileira* (Vol. 1). São Paulo: Edusp.
- Santos, L. E.; Kuhne, M. H. N.; Petri, M. F. E. & Souza, P. C. (1981). *O discurso popular em Odontologia*. Belo Horizonte: Departamento de Odontologia da PUC-MG.
- Santos VIM, et al. (1984). Avaliação da incidência de cárie dentária nos molares permanentes, com emprego de óxido de zinco e eugenol reforçado, na dentição decidua. *Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas*. 38:33.
- Schraiber, L. B. (1989). *Educação médica e capitalismo: Um estudo das relações educação e prática médica na ordem social capitalista*. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO.
- Scliar, M. (1987). *Do mágico ao social. A trajetória da saúde pública*. Porto Alegre: L&PM.
- Scliar, M. (2007). História do conceito de saúde. *PHYSIS: Revista Saúde Coletiva*; 17(1), pp. 29-41. Disponível en: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17nla03.pdf>
- Shafer, W. G.; Hine, M. K. & Levy, B. M. (1985). *Tratado de patologia bucal*. Rio de Janeiro: Interamericana.
- Sicher, H. & Dubrul, E. L. (1977). *Anatomia bucal*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan.

- Sigerist, H. E. (2011). *Civilização e doença*. São Paulo: Hucitec-Sobravime. Campinas, SP: SindMed.
- Solar, A. (1928). *Formulario dentario*. Rio de Janeiro: Typographia Leuzinger.
- Souza, E. C. F. (2006). Bucalidade: conceito-ferramenta da realização entre clínica e Saúde Bucal Coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(1), pp. 24-28. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n1/29441.pdf>
- Souza, E. C. F. (2011). *Doença, narrativa e subjetividades. Patografias como ferramentas para a clínica*. Natal, RN: EDUFRN.
- Stotz, E. N. & Araujo, J. W. G. (2004). Promoção da Saúde e Cultura Política: a reconstrução do consenso. *Saúde e Sociedade*, 13(2), pp. 5-19.
- Sucupira, A. C. S. L. (2007). Estrutura da consulta. En A. J. M. Leite; A. Caprara & J. M. Coelho Filho (org.). *Habilidades de comunicação com pacientes e famílias*. São Paulo: Sarvier.
- Tarzia, O. (1991). *Halitose*. São Paulo: EPUC.
- Tavolaro, D. (2002). *A casa do delírio: reportagem no Manicômio Judiciário de Franco da Rocha*. São Paulo: Editora SENAC.
- Teixeira, R. R. (2001). Agenciamentos tecnosemiológicos e produção de subjetividade: contribuições para o debate sobre a transformação do sujeito na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*; 6(1), pp. 49-61.
- Terris, M. (1992). Concepts of Health Promotion: Dualities in Public Health Theory. *Public Health Policy*, 13(3), pp. 267-276.
- Testa, M. (1985). Planejamento em saúde; as determinações sociais. En E.D. Nunes (org.), *As ciências sociais em saúde na América Latina. Tendências e Perspectivas*. OPAS/OMS.
- Thiollent, M. (1981). *Crítica metodológica: investigação social e enquete operária*. São Paulo: Polis.
- Thomas, L. (1885). L'Odontologie dans l'antiquité. *L'Odontologie*, 5(9), pp. 369-80, 432-43, 526-32.
- Thylstrup, A & Fejerskov, O. (1988). *Tratado de Cariologia*. Rio de Janeiro: Cultura Médica.
- Toledo, J. P. G. (1991). *A saúde bucal no estado de São Paulo - das Ações Integradas de Saúde ao Sistema Único de Saúde* [no editado]. CADAIS/SES-SP.
- Toledo, J. P. G. (1994). *SUS e saúde bucal* [no editado]. Seminário Internacional da Aboprev.
- Traverso-Yépez, M. A. (2007). Dilemas na promoção da saúde no Brasil: reflexões em torno da política nacional. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 11(22), pp. 223-38.
- Trieger, N. (1975). *Control del dolor*. Berlin: Quintessence Books.
- Turner, J. S. (1875). Discours sur la position de la prothèse dentaire (Monthly Review of Dental Surgery). *Le Progrès Dentaire*, (2), pp. 332-336.
- Unicamp. (2001). *Provas específicas*. Comissão Permanente para os vestibulares (Comvest), Banespa Universidades. Disponível em: http://www.comvest.unicamp.br/vest_anteriores/2001/download/comentadas/Odonto.pdf
- Universidade Federal do Rio de Janeiro. Faculdade de Odontologia (s/f). *Disciplina de Morfologia e Escultura Dental - ODT 232*.
- Van Der Molen, H. T. (2007). Habilidades de aconselhamento. En A. J. M. Leite; Caprara, A. & Coelho Filho, J. M. (org), *Habilidades de comunicação com pacientes e famílias*. São Paulo: Sarvier.
- Van Der Molen, H. T. & G. Lang (2007). Habilidades da escuta na consulta médica. En A. J. M. Leite; Caprara, A. & Coelho Filho, J. M. (org), *Habilidades de comunicação com pacientes e famílias*. São Paulo: Sarvier.
- Vasconcelos, E. M. (2007). Educação popular: instrumento de gestão participativa dos serviços de saúde. En Brasil, *Caderno de Educação Popular e Saúde. Série B. Textos Básicos de Saúde*. Brasília:

Ministério da Saúde; Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa; Departamento de Apoio à Gestão Participativa.

- Vieira Pinto, A. (1985). *Ciência e existência. Problemas filosóficos da pesquisa científica*. Rio de Janeiro: Ed. Paz e Terra.
- Villela, W. (2006). De Saúde bucal, saúde mental, saúde sexual: o reiterado retorno à clínica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(1), pp. 33-36. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n1/29444.pdf>
- Warmling, C. M. (2017). Da prática ao ensino: a constituição da clínica odontológica. *Revista da ABENO*, 17(4), pp. 20-35.
- Warmling, C. M.; Caponi, S. & Botazzo, C. (2006). Práticas sociais de regulação da identidade do cirurgião-dentista. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(1), pp.115-122. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v11n1/29455.pdf>
- Warmling, C. M.; Marzola, N. R. & Botazzo, C. (2012). Da autonomia da boca: práticas curriculares e identidade profissional na emergência do ensino brasileiro da odontologia. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 19(1), pp. 181-195.
- Werneck, M. A. F. (2006). Bucalidade e existência. *Ciência & Saúde Coletiva* 11(1), pp-28-31. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n1/29442.pdf>
- Weyne, S. (1988). Prefácio da edição brasileira. En A. Thylstrup & O. Fejerkov, *Tratado de cariológia*. Rio de Janeiro: Cultura Médica.
- Wharton, D. (1948). Por que escovamos os dentes. *Seleções do Readers Digest*, (81), pp. 97-100.
- Wrangham, R. (2010). *Pegando fogo: por que cozinhar nos tornou humanos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.
- Zegarelli, E. V.; Kutscher, A. H. & Hyman, G. A. (1982). *Diagnóstico das doenças da boca e dos maxilares*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan.
- Zilbovicius, C. (2007). *Implantação das Diretrizes Curriculares para cursos de graduação em odontologia no Brasil: contradições e perspectivas* [tesis de doctorado]. Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.
- Žižek, S. (1996). O espectro da ideologia. En S. Žižek (org.), *Um mapa da ideologia*. Rio de Janeiro: Contraponto.

COLECCIÓN CUADERNOS DEL ISCO
(Continuación)

24. *El líder sin estado mayor: la oficina del gobernante*
Carlos Matus, 2022

23. *Saber en salud: La construcción del conocimiento*
Mario Testa, 2022

22. *Sentirjugarhacerpensar: la acción en el campo de la salud*
Hugo Spinelli, 2022

21. *Salud: cartografía del trabajo vivo*
Emerson Elias Merhy, 2021

20. *Vida de sanitarista*
Mario Hamilton, 2021

19. *La salud persecutoria: los límites de la responsabilidad*
Luis David Castiel, Carlos Álvarez-Dardet, 2021

18. *Método Altadír de planificación popular*
Carlos Matus, 2021

17. *Teoría del juego social*
Carlos Matus, 2021

16. *Estado sin ciudadanos: seguridad social en América Latina*
Sonia Fleury, 2021

15. *Desafíos para la salud colectiva en el siglo XXI*
Jairnilson Silva Paim, 2021

14. *Gestión en salud: en defensa de la vida*
Gastão Wagner de Sousa Campos, 2021

13. *Método Paideia: análisis y cogestión de colectivos*
Gastão Wagner de Sousa Campos, 2021

12. *Adiós, señor presidente*
Carlos Matus, 2020

11. *Pensar en salud*
Matio Testa, 2020

10. *La salud mental en China*
Gregorio Bermann, 2020

9. *Salud en cárceles: Informe de auditoría de la situación sanitaria en el Servicio Penitenciario Bonaerense, 2013-2014*
Instituto de Salud Colectiva, 2020

8. *Violencia obstétrica en América Latina: conceptualización, experiencias, medición y estrategias*
Patrizia Quattrocchi, Natalia Magnone (comp.), 2020

7. *Morir de alcohol: saber y hegemonía médica*
Eduardo L. Menéndez, 2020

6. *Geopolítica del hambre: Ensayo sobre los problemas de la alimentación y la población del mundo*
Josué de Castro, 2019

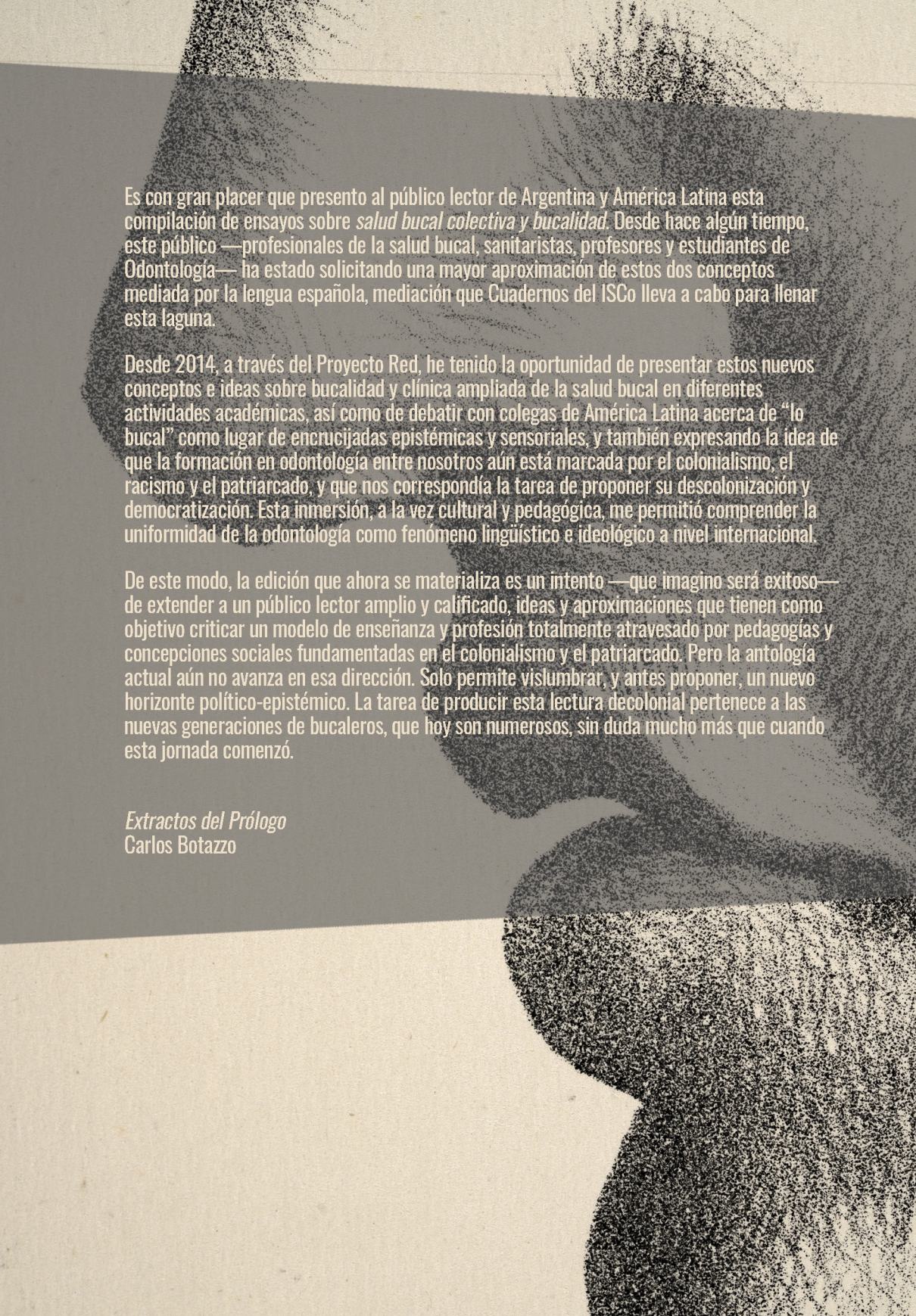
5. *Medicina del trabajo al servicio de los trabajadores*
Instituto de Medicina del Trabajo, 2019

4. *Gobernantes y gestores: las capacidades de gobierno a través de narrativas, puntos de vista y representaciones*
Hugo Spinelli, Jorge Arakaki, Leonardo Federico, 2019

3. *Teorías dominantes y alternativas en epidemiología*
Marcelo Luis Urquía, 2019

2. *El médico y la medicina: autonomía y vínculos de confianza en la práctica profesional del siglo XX*
Lilia Blima Schraiber, 2019

1. *Política sanitaria argentina*
Ramón Carrillo, 2018



Es con gran placer que presento al público lector de Argentina y América Latina esta compilación de ensayos sobre *salud bucal colectiva y bucalidad*. Desde hace algún tiempo, este público —profesionales de la salud bucal, sanitaristas, profesores y estudiantes de Odontología— ha estado solicitando una mayor aproximación de estos dos conceptos mediada por la lengua española, mediación que Cuadernos del ISCO lleva a cabo para llenar esta laguna.

Desde 2014, a través del Proyecto Red, he tenido la oportunidad de presentar estos nuevos conceptos e ideas sobre bucalidad y clínica ampliada de la salud bucal en diferentes actividades académicas, así como de debatir con colegas de América Latina acerca de “lo bucal” como lugar de encrucijadas epistémicas y sensoriales, y también expresando la idea de que la formación en odontología entre nosotros aún está marcada por el colonialismo, el racismo y el patriarcado, y que nos correspondía la tarea de proponer su descolonización y democratización. Esta inmersión, a la vez cultural y pedagógica, me permitió comprender la uniformidad de la odontología como fenómeno lingüístico e ideológico a nivel internacional.

De este modo, la edición que ahora se materializa es un intento —que imagino será exitoso— de extender a un público lector amplio y calificado, ideas y aproximaciones que tienen como objetivo criticar un modelo de enseñanza y profesión totalmente atravesado por pedagogías y concepciones sociales fundamentadas en el colonialismo y el patriarcado. Pero la antología actual aún no avanza en esa dirección. Solo permite vislumbrar, y antes proponer, un nuevo horizonte político-epistémico. La tarea de producir esta lectura decolonial pertenece a las nuevas generaciones de bucaleros, que hoy son numerosos, sin duda mucho más que cuando esta jornada comenzó.

Extractos del Prólogo
Carlos Botazzo