

LA SALUD BUCAL EN EL MARCO DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS EN VENEZUELA.

Ybelisse Romero M.*

RESUMEN

La salud bucal como un componente integrador de la salud general, debe ser abordada desde una óptica amplia y compleja. El propósito del presente trabajo consistió en realizar un análisis de las condiciones de la salud bucal como una problemática de Salud Pública, en el marco de las Políticas Públicas en Venezuela, considerando que el sistema hegemónico de atención de salud bucal, se ha caracterizado por ser individual, curativo, biologicista, organicista y con la ausencia de una práctica odontológica alternativa. La investigación corresponde a un ensayo original en torno al tema de la salud bucal y las políticas públicas en el sector salud venezolano. Los resultados demostraron que por muchos años se ha execrado la promoción y la prevención. Se concluye que para mejorar las condiciones de salud bucal del país se debe fortalecer el campo profesional, tras la promoción de políticas públicas que no solo estén dirigidas a la curación, sino también, a preservar y promover el estado de salud bucal, asumiendo estas actividades como una inversión y buscando la integración con las ciencias sociales, a fin de lograr la meta mundial de “Salud Para Todos”, con la participación de la comunidad.

Palabras Claves: Salud Bucal, Políticas Publicas, Promoción y Prevención.

THE BUCAL HEALTH IN THE PARAMETERS OF VENEZUELA PUBLICS POLITICS

ABSTRACT

The bucal health as general health integrator, must be boarding from an amply and complex optic. The purpose of the present research was to analyze the bucal health condition, as a Public Health problem in Venezuela’s Publics Politics, whereas that the bucal health attention models is individual, curative, biologic, organic and without an alternative dentist practice. The study corresponds to an original essay about at bucal health theme and public politics in the venezuelan health sector. The results revealed, for many years the promotion and prevention was execrate. That concluded, to get better bucal health conditions in the country, must fortify the professional camp, trough publics politic promotion, not only as a healing channel, also to preserve and promote the bucal health, assuming that actions as an inversion, and looking for the social sciences integration in order to obtain the goal world, “Health to Everybody” with community participation.

Key Words: Bucal Health, Politic Publics, Promotion and Prevention.

* Prof. Agregado del Departamento de Salud Odontológica Comunitaria.
 Doctorante en Ciencias Sociales. Mención Salud y Sociedad.
 Email: yberomero@cantv.net.

Introducción

El cambio profundo que se ha experimentado al final del milenio ha generado transformaciones en la humanidad (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2000) afectando las estructuras, procesos y relaciones de las instituciones y actores individuales, en la sociedad. Estos cambios están relacionados con las interacciones económicas, políticas, sociales y científico-tecnológicas, producto del proceso de globalización y sus consecuencias macroeconómicas.

Si bien el proceso de globalización genera competencia en base a calidad impulsando la homogenización de los estilos de vida y el acceso a la información; también es cierto que remarca las diferencias entre los países, ya que preserva la heterogeneidad y las diferencias propias de los grupos poblacionales, acentuando la crisis de los países subdesarrollados, y dentro de un mismo país incrementa las diferencias entre una clase social y otra. Las corrientes globalizadoras instauran beneficios y posibles peligros dentro de un contexto de complejidad, incertidumbre y riesgos, que representan atributos de las tendencias del desarrollo histórico actual.

Por muchos años se han considerado como indicadores de desarrollo de un país las cifras provenientes de los estudios económicos y sus indicadores, aún pudiendo ser utilizadas para señalar o inferir las cualidades de las condiciones de vida alcanzadas por la población; sin embargo, lo que realmente mide el nivel de desarrollo de un país, es el grado de bienestar y felicidad alcanzado por el hombre, considerado por Mijares (1995), como el verdadero y el más justo elemento de juicio para medir las gestiones de salud. En este sentido, la salud es considerada como un índice del bienestar integral del ser humano alcanzado por una población, así como también, una

condición esencial para el desarrollo social (Briceño-León, R., 1997).

De manera que se puede afirmar que el estado de salud de la población, es un reflejo del desarrollo material y espiritual de una sociedad referente a la salud social, además de un mecanismo exitoso para evaluar el sistema de salud y la capacidad del estado de brindarla; relacionándolo entonces, con mejores “*estilos de vida*” y por ende, una mejor “*calidad de vida*”.

La forma de mantener la salud y de evitar o curar la enfermedad, ha tenido distintos significados en diferentes momentos históricos y en las distintas civilizaciones, en donde, hoy en día, lo social y lo cultural desde un punto de vista colectivo, han encontrado un lugar en el proceso vital del ser humano, el cual debe estar inmerso en el marco político referencial de acuerdo a las estructuras de dichas civilizaciones y no en función del poder. Por supuesto, el proceso salud enfermedad, como evento de la vida, no puede darse fuera de esta realidad, por lo que son considerados elementos constitutivos de este proceso que ocurre siempre en sociedad y en cultura, dándole una característica de historicidad como un proceso que se siente y se interpreta tanto por el individuo sano o enfermo y el profesional de la salud.

Aún cuando los resultados de salud mostraron una mejoría durante la segunda mitad del siglo XX, esta mejoría decreció a finales del mismo siglo en la década de los noventa, pudiéndose predecir que la mayoría de las Naciones Mundiales no lograrán las metas pautadas para el año 2015 en términos de salud como lo reflejan el último informe del Banco Mundial (2003), a pesar de las inversiones en las políticas públicas y en la promoción del Estado de Bienestar.

Razón por la que se puede afirmar que en el sector salud existe también una crisis paradigmática (Almeida Filho, 1999), al igual que en los diversos campos de la investigación científica, donde los abordajes alternativos son indicadores de una gran insatisfacción del paradigma predominante, configurando tal vez una profunda crisis en la ciencia contemporánea. Y la salud bucal como integrador de este proceso no está ajena a esta determinación.

Políticas Públicas

El proyecto de toda política social consiste en desarrollar una estrategia económica viable, que garantice la inclusión de toda la población al trabajo y la equidad en la distribución de riquezas. Salamanca (1994), define a las políticas públicas como un curso de acciones por parte del Estado y de factores extraestatales sobre una situación societal dada, a fin de distribuir valores de diferentes tipos sobre dichos estados sociales. En tal sentido toda Política Pública debe tener las siguientes características (Cuadro N° 1).

- Decisión aplicada a problemas urgentes.
- Capacidad resolutoria a la totalidad de los problemas.
- De carácter temporal, hasta obtener primeros resultados.
- Con la participación y el consenso social.
- Congruencias con las líneas de acción del Gobierno.
- Capacidad de formalizarse como ley, decreto o programa.

Cuadro N° 1. Característica de las Políticas Públicas según Ruiz Sánchez (1999).

De acuerdo a esta lógica de pensamiento las democracias contemporáneas se distinguen por tratar de crear políticas públicas, que combinen el respeto por la libertad y la

igualdad formal de los derechos, donde los ciudadanos exigen una disminución de las desigualdades, a fin de obtener una igualdad económica, social y política.

Es por eso que surge el concepto de “Estado de Bienestar” con la finalidad de buscar características de una sociedad justa y solidaria distinguiéndose por la conformación de sistemas de protección social dentro del marco del desarrollo democrático, donde las políticas sociales se conciben como expansión de los derechos sociales o materialización de los derechos políticos democráticos, con la premisa de valores como la libertad y la igualdad, ambos forman parte fundamental del proyecto democrático (Offe, 1990). En tal sentido, el Estado pasa de ser “no intervencionista” a generar una situación de pleno empleo, un sistema de seguridad social con cobertura total a la población, además de generar un alto nivel de consumo y garantizar un nivel de vida mínimo, incluyendo en el sistema a los más desfavorecidos. Por lo que se puede afirmar que consiste en un sistema que garantiza estándares mínimos de ingresos, alimentación, salud y vivienda como derechos adquiridos de los ciudadanos como tales. Se trata pues de políticas económicas aplicadas como “recetas” habituales, a fin de reducir las crisis a pequeñas “recesiones económicas”, que si bien fueron solidarias y de eficacia económica y social, también trataban de evitar la caída de la economía, así como procesos sociales que podrían terminar en una revolución.

Aún cuando el Estado de Bienestar haya surgido para enfrentar al “Estado Policía” del liberalismo en su época, hoy en día se encuentra en franca caída, porque no ha sido capaz de dar respuesta a los grandes cambios y a la nueva situación social, por lo que crea hoy tantos problemas como los que resuelve.

A partir de la década de los 70 comienza la crisis mundial, con el declive del “Estado de Bienestar” (Offe, 1992; Mascareño, 2003), En las sociedades, frente al nuevo panorama de la globalización y las tecnologías innovadoras signado por las telecomunicaciones, la biogenética, la informática, así como los problemas medioambientales y los fenómenos migratorios potencialmente masivos, marcado por el proceso de acumulación de riquezas. La erosión de la participación de los asalariados en la distribución del ingreso, la definición básica según la cual hay que alentar al sector capital, la especulación sin correlato en la actividad productiva, todo termina en la deflación y en la propia destrucción del sistema productivo y consecuentemente del capital.

Tal crisis mundial se ha traducido en deterioro de los servicios sociales y, en consecuencia, la presencia de fallas constantes en el sistema de políticas públicas. A finales del siglo XX surgieron numerosos debates sobre la crisis que atraviesa Latinoamérica con el disfuncionamiento del “Estado de Bienestar” y la mala distribución de los ingresos, traducándose en aumento del desempleo, la inflación, la pobreza y la marginalidad, corrupción, burocratización, exclusión, reducción del gasto social entre otras. (CEPAL, 1999; Moure y Castrillo, 2003), características que se reflejan en el sector salud, donde las desigualdades sociales están determinadas por el consumo de tecnologías de alto costo que concentra sólo a sectores pudientes, limitando de esta manera, el acceso a la gran cantidad de la población, a los beneficios sociales.

Perspectiva de la Salud Venezolana

Venezuela como un país latinoamericano, no escapa de estar inmerso en estos cambios, a pesar del crecimiento económico sostenido en los últimos años, se aprecia una tendencia a la concentración de riquezas entre muy pocos y un incremento progresivo de la situación de

pobreza, generando desigualdades entre los diferentes grupos socioeconómicos. La constante persistencia y profundización de las injusticias sociales atentan contra los principios democráticos de la sociedad.

Este contexto en franco deterioro, acarrea el incremento del desempleo y disminución del ingreso por familia, lo que se traduce en una desmejora del “Índice de Desarrollo Humano”, entendiéndose por desarrollo humano como, “*las posibilidades que tienen los seres humanos de gozar de las mejores opciones que le ofrece la vida como salud, educación, oportunidades económicas y aspectos sociales como calidad de vida*” (Desarrollo Humano, 1992, pp.18-19). Si bien estos son factores que se entrelazan entre sí, supone que el deterioro de uno, conlleva al deterioro de los otros; en consecuencia, la mejora de la salud y el bienestar de las personas, constituye el objetivo fundamental del desarrollo social y económico.

El impacto de la calidad de vida pasa necesariamente por mejorar la salud de la población más vulnerable en una lucha continua contra la pobreza; que entendida en su más amplio concepto va más allá de las dimensiones del ingreso y el consumo para abarcar la salud y la educación. La salud concebida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como un estado de bienestar integral, que permita el desarrollo humano sostenido con equidad.

La equidad en salud, supone que todos idealmente tengan una oportunidad justa para lograr plenamente su potencial en salud y, de un modo más pragmático, que nadie deba estar desfavorecido para lograrlo en la medida en que ello pueda evitarse. Bajo este enfoque se entiende por equidad, igual acceso de atención disponible para igual necesidad, así como también, igual calidad de la atención para igual necesidad y atención para todos. (Gómez, 2001).

Con los altos ingresos petroleros se pretendió alcanzar el máximo de salud, copiando patrones médicos dominantes de países desarrollados, permitiendo la sofisticación tecnológica, formación de recursos humanos, sectores privados en salud poderosos y la formación de un sector sindical, con logros muy alejados a las metas originales por lo que fueron creados; privilegiando en tal sentido a la atención médica curativa e individual, que trabaja sin considerar el ambiente, el saneamiento, la promoción ni la prevención.

De tal manera, que la renta petrolera compro la "modernidad en salud" (Briceño León, 1993), observándose en la década de los 70 un Ministerio de Sanidad y Asistencia Social con características de un modelo clientelar en la administración pública y como un espacio para los negocios médicos industriales y los intereses partidistas, perdiendo de esta manera su capacidad de rectoría y de liderazgo; unido a la gran precariedad en el financiamiento producto de la reducción del gasto público y social, consecuencia de la crisis global que sufre el país (Díaz Polanco, 2003).

Estas megatendencias tienen repercusiones sobre el estado de salud y bienestar de la población venezolana a mediano y largo plazo, mostrándose una serie de alteraciones epidemiológicas que ocurren en condiciones sociales y económicas desfavorables, relacionadas con el deterioro de las instituciones, la pérdida de la gobernabilidad institucional y la falta de consenso social.

Es por eso que Venezuela, como un país permeado por el proceso de globalización económica, política y con experiencias de integración continental, regional y subregional, está permeado por las tendencias de un crecimiento sostenido, con la concentración de riqueza en pocos y un aumento considerable de pobreza en gran parte de la población; con

la persistencia de inequidades e injusticias que afectan a los principios de universalidad, equidad, solidaridad, entre otros, establecidos en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (2001), el Proyecto de Ley Orgánica de Salud (2002) y el Modelo de Atención Integral (1999).

Salud Bucal y Políticas Públicas

El componente bucal del proceso salud enfermedad de los individuos, familias y colectivos de una comunidad, representa un proceso complejo. En caso concreto, la salud y enfermedad bucal es la resultante de sus condiciones específicas: respuestas a la exposición a determinados agentes bacterianos, dieta rica o carente de carbohidratos, fluoruros y trazas específicos, hábitos higiénicos bucales, acceso a servicios estomatológicos, capacitación en conocimientos sobre problemas bucodentales, responsabilidad individual con su propia salud, práctica o asistencia periódica o sistemática a los servicios estomatológicos, acceso y práctica a medidas de función, (Mena, 1992), así como también, los aspectos psicológicos que representa para la población el componente bucal.

En este sentido, el proceso salud enfermedad bucal, consiste en un conjunto de determinaciones que operan en una sociedad concreta y producen la aparición de riesgos que se manifiestan en forma de perfiles epidemiológicos de salud bucal. (Breihl, 1982). Pudiendo comprender a la salud bucal, como un componente del estado de salud general del individuo o grupos sociales, que estarán determinados históricamente y socialmente (Chaves, M 1976, Geiringer, 1989).

Aunque existe acuerdo que la salud bucal es un componente fundamental de la salud, se conoce que hay una brecha entre la concepción y la manera de abordar la misma. Si bien, en

innumerables oportunidades se ha descrito que la boca es el espejo de la salud o enfermedad, o que actúa como un sistema de alarma de cualquier afección a nivel sistémica, se destaca de esta manera que la salud bucal no es sólo un problema dentario, sino más bien una problema de la salud integral del individuo y de la comunidad (Imagen N°1). Por ende, sin su conservación, recuperación y mejoramiento no es factible alcanzar niveles adecuados de salud general, ya que la patología bucal está asociada con otras patologías generales



Imagen N°1: Salud Integral

A pesar que las Políticas de Salud del Ministerio de Salud y Desarrollo Social, tienen como prioridad la estrategia de Atención Primaria en Salud, a través de su sistema operativo como lo es el Modelo de Atención Integral (MAI, 1999), ésta es ignorada por numerosas instituciones ya sean públicas o privadas, asumiendo como eje fundamental la curación, más que la prevención. Reconociendo además que la “salud bucal” en sí, no es considerada en la Constitución y menos aun en Proyecto de Ley Orgánica en Salud, sólo es mencionada en el Modelo de Atención Integral en la oferta básica de servicios como un área prioritaria que expresa, “Salud Oral:

Incluye la profilaxis de la caries dental (aplicación de sellantes y enjuagues de flúor en escolares), y la obturación, limpieza y extracción de piezas” (MAI, 1999, p.19) , sin priorizar acciones de promoción. Si bien se entiende en la conceptualización, que la “salud bucal” está inmersa en lo que representa la “salud general” porque es parte integradora de la misma, al momento de planificar y ejecutar acciones de salud integral, en muy pocas ocasiones es considerada como un factor prioritario, o sin ir muy lejos, ni siquiera es tomada en cuenta.

Ahora bien, en la actualidad se reconoce que la capacidad de la Salud Pública para mejorar las condiciones de la salud bucal es débil, ya que no se encuentra integrada a otros programas de Salud Pública, además que no existe un “Plan Nacional de Salud Bucal” efectivo que no posea características de una “odontología mutilante”, sumándose las limitaciones en los recursos y la crisis que vive actualmente el sector salud.

En este orden de ideas, la Organización Mundial de la Salud (1997), afirma que generalmente la salud bucal no se contempla como prioridad indispensable en las políticas públicas, ni constituye parte de las acciones básicas de servicio, por lo que la atención bucal queda restringida al ámbito de la práctica privada. Característica que se refleja con gran preponderancia en los perfiles epidemiológicos de salud bucal, como lo describe varias investigaciones que se han realizado en el país, “El Estudio para la Planificación Integral en Odontología” (EPIO) del Ministerio de Salud y Asistencia Social (1967-1972) y los resultados nacionales del “Proyecto Venezuela, Aspectos Odontológicos”, en FUNDACREDESA (1981-1987), (Mijares, 1995), demuestran que a pesar de la gran inversión de recursos para solucionar la problemática de salud pública en odontología, no ha habido cambios importantes que nos afirmen el éxito, en el transcurso de

20 años. Observándose que a los 7 años 37% de la población presenta caries; a los 12 años ya tienen un índice de caries moderado 3,67; y a los 18 años, se ha incrementado la presencia de caries a 96,4 %.

Posteriormente diez años después en 1997, se realizó un Estudio Nacional Basal de Referencia sobre la Prevalencia de Caries y Fluorosis Dental en Niños Escolarizados, integrado por varias instituciones como OMS, OPS, MSA, INN, LUZ., UCV, y la Fundación Kellogs, en niños de 6 a 15 años (Rivera L, col., 1997); refiriendo que la población comprendida entre los 6 y 7 años, los dientes cariados prevalecen en 70% con respecto a los sanos, además que cada 8 de 10 niños presentan caries. Estas investigaciones demuestran

claramente que la caries aumenta progresivamente con la edad. Igual característica se repite con respecto a los perfiles epidemiológicos de la enfermedad periodontal, que si bien se mantiene en valores leves (0,29 y 0,99) entre 7 y 25 años con un índice periodontal entre 0,29 y 0,49, éste aumenta paulatinamente a medida que avanza la edad.

Estos perfiles epidemiológicos que reflejan la condición de salud bucal como una problemática de Salud Pública en el país, están dados por la presencia de un modelo hegemónico de atención de salud bucal que se caracteriza por ser curativo, biologicista y privado. (Cuadro N° 2).

MODELOS DE ATENCIÓN DE SALUD BUCAL

1.	Científico con una concepción mecanicista u organicista	La enfermedad está reducida a un órgano bucal, entendiéndola como un ente aislado del organismo siendo en consecuencia fragmentada y discontinua.
2.	Atención individual-curativa.	La oferta de servicio pone énfasis en la atención médica curativa individual con características mutilante, en detrimento de las acciones básicas de atención primaria.
3.	Reducción a la dimensión biológica.	El abordaje de los problemas de salud es en la mayoría de los casos monocausal, monodisciplinario y biologicista, sobredimensionándose casi siempre la respuesta medicamentosa y de alta tecnología.
4.	Diferencia entre sistemas público y privado.	Presencia de servicios públicos con escasa tecnología que atiende a la mayor parte de la población y servicios privados con tecnología de punta donde pocos tienen acceso, abarcando a un reducido grupo poblacional
5.	Ausencia de acciones sanitarias y de prevención	El sistema responde a la lógica del asistencialismo y la libre demanda, y no a la oferta planificada, con base en las necesidades prioritarias de salud de la población.
6.	Exclusión de la práctica alternativa	Presencia de una praxis anárquica y desarticulada, sin la participación activa de la comunidad en el proceso de planificación, ejecución y evaluación, y una oferta de servicio que responde a los intereses de diferentes grupos profesionales y de los funcionarios de las instituciones del sector.

Cuadro N°2. Sistema de Atención de salud bucal en Venezuela según Córdova (1989).

Condiciones que se exacerban considerando que el estudio de la salud bucal en Venezuela, como integrador de las ciencias naturales se caracteriza por ser empírico, aplicable y exacto, siendo esta otra razón por la que no se ha podido solucionar la problemática de la salud bucal.

Ahora bien, como resultado del análisis de las condiciones y necesidades de los países de la Región de las Américas, en la década de los 80, la Organización Mundial de la Salud (OMS), en unión con la Federación Dental Internacional (FDI), adoptan políticas globales de salud bucal con orientaciones estratégicas durante el período 1999-2015 (Cuadro N°3), siguiendo los lineamientos de política de la OPS, cuya meta principal está dirigida a la reducción de 50% de la prevalencia de caries dental, con las siguientes orientaciones estratégicas (OMS, 1997).

Estas acciones están dirigidas a alcanzar Salud para Todos como respuesta de las políticas de Salud para el Siglo XXI cuyo plan general de trabajo contempla: salud en el desarrollo humano, desarrollo de los sistemas y servicios de salud, promoción y protección de la salud, prevención y control de enfermedades, y protección y desarrollo ambiental. (OPS/OMS, 2001).

Las modificaciones del panorama político, social y de salud pone en jaque las premisas del modelo antiguo imperante, por lo que se debe instalar un nuevo paradigma que implique la formación de profesionales capaces de cumplir diferentes roles, que rescaten el proceso histórico de construcción social de la salud, así como los éxitos y fracasos de la ciudadanía en la búsqueda del bienestar; que sean capaces de agenciar estratégicamente las necesidades y los problemas de salud; y que participen activamente en las decisiones de políticas públicas.

OBJETIVO	EDAD	2000	2015
Temporarios libres de caries	5-6	50 %	80 %
Índice de CPOD	12	Menor de 3	Menor de 1,5. Promedio de Obturados igual a 1
Todos los dientes presentes.	18	85 %	100 %

Cuadro N° 3. Orientaciones estratégicas 1999-2015. OMS-FDI

Nuevos Retos en Salud Bucal

Los problemas de salud bucal que hoy enfrenta Venezuela se corresponden a los problemas de riqueza como consecuencia de un “Estado de bienestar” en crisis, y a los problemas de pobreza que siempre han existido en el país, aún en las épocas de abundancias.

Estos problemas pueden estar ubicados en tres niveles distintos: el estructural, el conductual y las acciones estatales:

- **Nivel Estructural:** para mejorar las condiciones de salud bucal de una población se requiere cambios macros en la sociedad que generen nuevos estilos de vida que contrarresten la pobreza y sus consecuencias como, la desnutrición, inadecuada alimentación, malas condiciones de saneamiento, de vivienda y entornos laborales. Modificar esta situación implica cambios en las estructuras de poder y estructuras políticas, además de generar una economía competitiva y no petrolera rentista.

- **Nivel Conductual Individual:** corresponde a una serie de retos particulares que hay que modificar, a fin de lograr respuestas individuales dirigidas a la salud bucal, que implique nuevos hábitos y estilos de vida. Este nivel involucra comportamientos individuales de manera que valore, asuma y acepte nuevos hábitos saludables. Entendiendo que la transformación estructural no tendría grandes efectos sin la cooperación individual.
- **Nivel de Acción Estatal:** el modelo predominante de atención odontológica en Venezuela se caracteriza por ser completamente curativo, creando un sistema de salud inoperante, ineficiente e ineficaz, sumándose a esto el recorte presupuestario, el gremialismo, la orientación sofisticada y especializada, la ausencia de saneamiento, de promoción y de respuestas a la atención primaria. Por lo que se requiere de la presencia de un nuevo sistema de atención, con énfasis en la promoción y prevención, sin abandonar la curación y rehabilitación.

Por otra parte se limita la acción del Estado y no se considera la participación del resto de los actores sociales involucrados. Avistándose que las políticas públicas de salud bucal no han sido capaces de dar una respuesta adecuada a la población, y menos aún de promocionar una salud integral en el colectivo. Debe entenderse a la promoción de la salud, como un conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos que no solo debe realizar el estado, sino que también deben intervenir los diferentes sectores sociales, productivos y la comunidad en general, a fin de proteger la salud de la población y modificar los factores de riesgos, fortaleciendo los mecanismos de protección de la salud (Malagón y Galán, 2002).

En este marco de ideas, las nuevas perspectivas de políticas públicas en salud

bucal deben estar dirigidas a la creación de condiciones sanitarias que garanticen la preservación de la salud más que la reparación del daño o la mutilación; integrando los diferentes niveles de atención, haciendo énfasis en el primer nivel de prevención de Leavell y Clark (Aranda P. 2001), utilizando tecnología adecuada y saberes disponibles.

Así como también, debe estar fundada no sólo en la participación de los Organismos de Salud en la formulación de políticas, conducción, coordinación, regulación y articulación de los recursos, y de la práctica pública y privada en la atención de salud odontológica, sino también con la participación de todos los sectores; de manera que esté en capacidad de dar una respuesta incluyente, participativa y autosostenible.

Además de buscar la integración con todas las ramas que conforman las ciencias sociales, como Sociología, Psicología, Antropología, Geografía y la nueva Psicología social. Por lo que se deben crear nuevas políticas públicas, donde el sector público no tenga un rol preponderante en los sistemas de atención de salud bucal, sino que en conjunto con la sociedad y las instituciones privadas, agencien otras vías alternas de gestión, dando paso a los nuevos sistemas de salud mixtos, en búsqueda de la autogestión, considerando el nuevo marco político del país.

A Título de Conclusiones

Únicamente es posible salir de esta crisis a largo plazo, a través de la aplicación de estrategias globales de cambio, que deben producirse a nivel mundial y que suponen necesariamente el establecimiento de un nuevo marco general de cooperación y una nueva actitud respecto a la naturaleza, la utilización de sus recursos, basada en la armonía y no en la dominación, y hacia las generaciones futuras a fin de lograr la búsqueda del bienestar,

la salud y la presencia de estilos de vida saludables. Considerando que el desarrollo económico, no se relaciona con el desarrollo en sí, sino más bien está relacionado con mejorar la vida que se vive y con las dificultades que se disfrutan.

Es necesario pensar, por tanto, en un modelo de sociedad en que las políticas públicas promuevan el crecimiento económico no como un fin en sí mismo, sino un medio para dar respuesta a las necesidades humanas, y por tanto, esté condicionado a su satisfacción. Además de pensar en una nueva política social, por medio de la cual se desarrollan los derechos ciudadanos reconocidos en las Constituciones de los distintos Estados democráticos, y que afectan las áreas sociales, generadoras de bienestar y seguridad, como son la educación, sanidad, vivienda. Así como una política asistencial dirigida hacia aquellos grupos que se ven más afectados en sus niveles de bienestar por sus condiciones y por la falta de recursos materiales y personales.

Con esta nueva perspectiva paradigmática, se aumenta la probabilidad de aproximarse a la meta de “*Salud Para Todos*”, planteada desde el año 1977 por la OMS y todavía no cumplida. Con la participación del sector comunitario para orientar, organizar y cristalizar, no sólo pasiva sino activamente, las demandas ciudadanas que surgen de los diferentes mundos cotidianos, donde lo individual y lo social se funden y se busque vías de conexión entre las acciones comunitarias y los modelos universales de participación, gestión y decisión pública.

En tal sentido se deben accionar políticas públicas que hagan énfasis en la promoción y educación considerando la cultura y la idiosincrasia. Retomando además, las acciones estratégicas que se crearon en la carta de Ottawa, durante la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud en Canadá en 1986, en donde se determinó: diseñar políticas públicas

saludables, crear entornos favorables, fortalecer la acción comunitaria, desarrollar aptitudes personales o estilos de vida, además de reorientar los servicios de salud comunitaria. (Malagón y Galan, 2002).

Por último “*es importante rescatar el sentido humanitario de las ciencias médicas como un asunto conceptual y ético*” (Briceño León, 2000, pp. 23). Entendiendo a la promoción de la salud como el eje fundamental que permita cambios en la sociedad y en los individuos que permitan el desarrollo de condiciones sostenibles para el logro de la salud y la libertad para ejercer sus capacidades.

Es por esto que se debe fortalecer el campo profesional, tras la promoción de políticas públicas que no solo estén dirigidas a curar la problemática de salud bucal, sino también a preservar, diagnosticar, y promover el estado de salud bucal perdido (Imagen N° 2), asumiendo estas actividades como una inversión que permite el desarrollo humano, y no como un gasto del Estado. Logrando un estado de salud bucal que corresponda a las tecnologías globalizantes, incorporando la investigación social como una herramienta de transformación que comprometa a los pueblos venezolanos a construir su propia realidad. Comprendiendo que la salud bucal más que un ejercicio profesional, es una necesidad del pueblo.



Imagen N° 2.: Promoción en Escuelas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Almeida F. Naomar y Silva P. Jairnilson (1999). **La crisis de la Salud Pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica.** Centro de estudios sanitarios y sociales. Cuadernos Médicos. N° 75. Venezuela, pp:5-30.
2. Aranda Pastor J. (2001). **Epidemiología General. Tomo I.** Universidad de los Andes. Consejo de Publicaciones. Mérida, Venezuela.
3. Banco Mundial (2003). **Informa sobre el Desarrollo Mundial 2004. Servicios para los pobres.** Alfaomega, Colombiana S. A. Colombia.
4. Breihl, Jaime y Granda Edmundo. (1982). **Investigación de la salud en la sociedad.** Ediciones CEAS, Quito, Ecuador.
5. Briceño-León R. (1997). **Tendencias das pesquisas en Ciências Sociais e Saúde en América Latina**” en Ciências Sociais e Saude, Ana M Canesqui (comp). São Paulo, Hucitec-Abrasco, pp 31-48.
6. Briceño-León R.(2000). **Bienestar,Salud Pública y cambio Social.** En: Salud y Equidad: una mirada desde las Ciencias Sociales. M de Souza Minayo e C. Coimbra Junior (Cordinadores). Editora Fiocruz, Río de Janeiro, p.p. 15-24.
7. CEPAL (1999) Balance preliminar de las de America Latina 1998. Santiago de Chile, LC/G, pp: 19-82.
8. Córdova, M. (1989).**Estudio del Perfil Salud-Enfermedad Bucal de la zona de Zuata, Distrito Sanitario N° 6 del Estado Anzoátegui, 1987.** Tesis de Maestría en Odontología Social. UCV. Caracas, Venezuela.
9. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. (2001). **Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela,** Marzo, 26. Venezuela.
10. Chaves M. (1962). **Odontología Sanitaria.** Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Washington, EUA.
11. Desarrollo Humano. (1992) **Informe Publicado PNUD.** Tercer Mundo Editores. Bogotá, Colombia, pp18-19.
12. Díaz Polanco J. (2003). **La Política de Salud en la Quinta República: ¿Una Política de Estado?.** En: Políticas Públicas siglo XXI: caso venezolano. Mascareño C. (Coord). Serie temas de docencia. Editorial Melvin, C.A. CENDES, UCV, Caracas, Venezuela, pp;119-131.
13. Geirenger, A. (1989). **La Práctica Odontológica en Venezuela.** 1° Edición. Lfa Impresores. Venezuela.
14. Gómez, O. (2001). **CONICIT.** Plan de evaluación, período Octubre, Noviembre, Diciembre. Venezuela.
15. Ley Orgánica de Salud. Proyecto. (2002). **Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela.** Documento en línea: www.msds.gov.ve/msdsweb/Leyes/LeyOrgSalud.doc. [Consulta 2003, Mayo 26].
16. Malagón M. y Galán Morera. (2002). **La Salud Pública. Situación actual, propuestas y recomendaciones.** Edit. Panamericana. Bogotá, Colombia.
17. Mascareño C. (2003) **Las Políticas Públicas ante las realidades Emergentes. Notas para la Discusión.** En: Políticas Públicas siglo XXI: caso venezolano. Mascareño C. (Coord). Serie temas de docencia. Editorial Melvin, C.A. CENDES, UCV, Caracas, Venezuela, pp:157-163
18. Mena, S. A, Rivera, L (1991). **Epidemiología Bucal. Conceptos básicos** Editorial Ofedo/Usual. Venezuela, pp: 27-31.

19. Mijares Gil, A. (1995). **Condiciones de Vida de la Población Venezolana. Aspectos Odontológicos.** FUNDACREDESA. Caracas, Venezuela.
20. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. (1999). **Modelo de Atención Integral.** Conceptualización, normas y procedimientos. Septiembre. Caracas, Venezuela.
21. Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Departamento de Odontología. (1987) **Estudio para la Planificación Integral de la Odontología.** Encuadernación Jáuregui. Venezuela.
22. Moure S. y Castrillo J.G. (2003). **La Política Pública de Seguridad Social en Venezuela con Énfasis en el Sistema de Pensiones.** En Políticas Públicas siglo XXI: caso venezolano. Mascareño C. (Coord). Serie temas de docencia. Editorial Melvin, C.A. CENDES, UCV, Caracas, Venezuela, pp:41-68
23. Offe, C.(1990): **Contradicciones en el Estado de Bienestar.** Editorial Alianza Universidad, Madrid, España
24. Offe, C. (1992): **La sociedad del trabajo. Problemas estructurales y perspectivas del futuro.** Alianza Editorial Madrid, España.
25. OMS. (1997) **Necesidades de Salud de los adolescentes.** Informe de un Comité de Expertos de la OMS. Serie de Informes Técnicos No. 609, Ginebra, pp.16-17.
26. OPS. (2000). **Fortaleciendo la Salud Pública en las Américas.** Documento en discusión. Programa de Desarrollo de Recursos Humanos. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, Marzo.
27. OPS- OMS (1998). **Protegiendo la Salud de las Américas.** Washington, D.C: Feb.
28. OPS-OMS. (2001). **Indicadores de Salud: Elementos Básicos para el Análisis de la Situación de Salud.** Boletín Epidemiológico, Vol. 22 No. 4, Diciembre.
29. Rivera L, Núñez A, Acevedo, A. (1997). **Estudio Nacional Basal de Referencia sobre la Prevalencia de Caries y Fluorosis Dental en Niños Escolarizados.** Reporte Final MSAS-OPS. Venezuela.
30. Ruiz Sánchez Carlos (1999). "Las Políticas Públicas de Salud". Revista Prospectiva, año 4, N° 12, pp.19-25.
31. Salamanca, L. (1994). **La Política Pública como la ciencia de la intervención del gobierno en la vida social,** El Estado de la cuestión en la literatura". Política, N°17, pp 223-259.
32. San Martín, H.y y Carrasco J.(1990). **Epidemiología, Teoría, Investigación y Práctica.** Ediciones Díaz de Santos Madrid. España, p:411-28.