

PROPUESTAS PARA UNA SALUD ORAL INTEGRAL

ROSA CRISTINA MIRANDA ARIAS

CENTRO INTERNACIONAL DE EDUCACIÓN Y DESARROLLO HUMANO

CINDE

UNIVERSIDAD DE MANIZALES

MANIZALES

2001

PROPUESTAS PARA UNA SALUD ORAL INTEGRAL

ROSA CRISTINA MIRANDA ARIAS

Trabajo de grado presentado para optar al título de Magíster en Pedagogías Activas
y Desarrollo Humano.

Directores

DARIO SÁNCHEZ BUITRAGO

CIRO ALFONSO SERNA

CENTRO INTERNACIONAL DE EDUCACIÓN Y DESARROLLO HUMANO

CINDE

UNIVERSIDAD DE MANIZALES

MANIZALES

2001

NOTA DE ACEPTACION

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

Manizales, 2 de Agosto de 2001

A mi esposo, a mis hijos, a mi amiga Susana, a mis profesores, a quienes me apoyaron con su afecto y con su inteligencia para poder efectuar esta investigación. A todos ellos muchas gracias

CONTENIDO

	Pág
INTRODUCCIÓN	14
1. JUSTIFICACIÓN	21
2. OBJETIVOS	24
2.1 OBJETIVO GENERAL	24
2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	24
3. RECORRIDO EPISTÉMICO Y METODOLOGICO	26
3.1 FASE DESCRIPTIVA	28
3.2 FASE INTERPRETATIVA	31
3.3 FASE DE CONSTRUCCIÓN DE SENTIDO	34
4. REFERENTE CONCEPTUAL	37
4.1 APRENDIENDO DE LA COMPLEJIDAD HEREDADA DEL AYER	37
4.1.1 Evolución del Fenómeno de la Salud y su manejo Socio - Cultural	40
4.1.2 Diferentes Concepciones de la Salud	44
4.1.3 Análisis de la Ley 100 de 1993	50
4.1.4 Antecedentes a la Promulgación de la Ley 100	51
4.1.5 Efectos de la Promulgación de la Ley 100 de 1993	54
4.1.6 Los Actos Comunicativos	60
4.1.7 Discurso	65
4.1.8 La Comunidad Honrada	67

4.1.9 La Ética en la Salud	68
4.1.10 La Estética en la Salud	69
4.1.11 Conclusión	70
4.2 LAS TRES VISIONES ACTUALES EN LA SALUD ORAL	71
4.2.1 La Salud Oral en la historia	42
4.2.2 El Odontólogo Tradicional	74
4.2.3 El Odontólogo Administrador	77
4.2.4 El Odontólogo Salubrista	81
4.3 CONSTRUYENDO EL MAÑANA	88
4.3.1 Hacia una Atención Integral en la Infancia	89
4.3.2 Problemas encontrados en la Atención al Usuario y en la Madurez	90
4.3.3 Diagnóstico	92
4.3.4 El odontólogo del Nuevo Milenio	96
4.3.5 Nuevos Horizontes para la Salud del Mañana	97
4.4 LOS IMAGINARIOS EN LA SALUD ORAL	114
4.4.1 Lo Histórico, lo Simbólico y lo Mítico en la Salud	114
5. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	127
5.1 ANÁLISIS INICIAL DE LA ENCUESTA	128
5.2 ANÁLISIS DE LOS DIBUJOS	129
5.3 ANÁLISIS DE ENCUESTA DIRIGIDA A LA COMUNIDAD	129
5.4 TALLER SOBRE SALUD ORAL	130
5.5 ENTREVISTA A LOS DIRECTIVOS	131
5.6 DIARIO DE CAMPO CON LOS ODONTÓLOGOS	138

5.7 MITOS	140
5.8 HISTORIA	140
5.9 PASOS REALIZADOS PARA LEVAR A CABO ESTA INVESTIGACIÓN	143
6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	149
6.1 RECOMENDACIONES FINALES	150
6.1.1 A las Instituciones	150
6.1.2 A los Odontólogos	151
7. EPILOGO: SENTIDO DE LA VIDA	153
BIBLIOGRAFÍA	154
ANEXOS	159

LISTA DE GRÁFICOS

	Pág
Gráfico 1. Sistemas médicos complejos (matriz de análisis cultural de la salud)	43
Gráfico 2. Resumen de la concepción del Banco Mundial para recomendar las políticas a seguir	52
Gráfico 3. Representación gráfica del capitalismo post-industrial	53
Gráfico 4. Salud Actual	50
Gráfico 5. Los actos comunicativos	62
Gráfico 6. Códigos binarios	64
Gráfico 7. Relación de los códigos	64
Gráfico 8. El discurso cotidiano	66
Gráfico 9. El discurso interactivo	66
Gráfico 10. Salud individual y colectiva	113

LISTA DE FIGURAS

	Pág
Figura 1. El concepto tradicional de la salud	45
Figura 2. El concepto de la salud de Blum	47

LISTA DE TABLAS

	Pág
Tabla 1. Comparativo entre la situación de la salud en Colombia y los países industrializados en 1997	87

LISTA DE ANEXOS

	Pág
Anexo A. Recopilación de Material de la Investigación	159

"Para conocer la salud y la enfermedad es necesario estudiar al hombre, en su estado normal y con relación al medio en que vive, e investigar al mismo tiempo las causas que pueden perturbar el equilibrio entre el medio exterior y social".

Hipócrates

"Deseo que todo lo que se propone en este libro acerca de los problemas de salud que sufre la humanidad quede a corto plazo desactualizado, pero no por el olvido, el silencio o el envejecimiento, sino porque las sociedades hayan cambiado en tal forma que ya no produzcan esos problemas".

H. San Martín

INTRODUCCION

La presente investigación es el producto del estudio y la experiencia asimilada durante largos años, en el desempeño de mi profesión como odontóloga.

En medio del ejercicio cotidiano de mi profesión he podido enfrentar continuamente la situación de crisis por la que atraviesa el sector de la salud y he venido oyendo además con reiterada frecuencia numerosos discursos donde se afirma con énfasis que el problema de la salud es solo estructural; es decir, que viene desde la base debido a: la escasez de los recursos disponibles, al aumento de la pobreza, la corrupción, la violencia y al desplazamiento forzoso de innumerables colombianos hacia otros sitios diferentes al que habitaban; sin embargo, al iniciarme en el ejercicio de mi profesión, en el constante desempeño del trabajo comunitario e interdisciplinario, al lograr sensibilizarme más con el constante de mi profesión en la salud oral y al enterarme más acerca la realidad, surgió en mi mente un obvio interrogante:

¿Qué se puede hacer para ayudar a solucionar la crisis en el sector de la salud en lo que respecta con la salud oral integral?.

Para dar respuesta a este interrogante inicié un estudio de análisis sobre la praxis cotidiana de los odontólogos, sobre la responsabilidad de los directivos y de los usuarios de una Institución de la Salud, analicé cuales eran sus valores, sus deseos y su motivación para el cambio en la praxis cotidiana.

Es así, como en esta investigación capté personalmente la necesidad de generar una actitud de cambio en la actividad de los profesionales de la salud oral, para

replantear con ella su práctica cotidiana y proponer nuevas opciones de concientización en el desarrollo de su actividad.

Esta investigación se trabajó desde la hermenéutica debido a que es una de las formas de investigación con mayor éxito en este tipo de trabajo, y porque ella propone una racionalidad alternativa frente al uso exclusivo de la racionalidad científica. Por otra parte, este tipo de investigación permite aprender del pasado, entender el presente, partiendo de la base de que hay que conocer más o menos a fondo la realidad vivida hoy. Esta realidad hay que dilucidarla para que se puedan estudiar parte de los problemas existentes y poder luego "edificar" un futuro más promisorio, con el fin de construir caminos que ayuden a la reflexión de la praxis cotidiana, al análisis, a develar y a argumentar si por ese camino se puede construir la verdadera salud oral integral, si se ha elegido el camino adecuado, o, al contrario si hay que dar una re-dirección a la cotidianidad de su práctica.

Como ya se mencionó antes, esta investigación se inició en el departamento de Salud Oral de una Institución de la salud, donde se tuvieron en consideración los imaginarios colectivos, los puntos de vista y las políticas establecidas por el gobierno para generar debidamente la salud oral en la actualidad, y se tuvieron en cuenta también los diferentes obstáculos que han impedido llegar a alcanzar a plenitud una salud oral integral para beneficio de la comunidad.

En este proceso investigativo se partió de la base de ver cómo muchas veces se utiliza una epidemiología positivista solamente y al no tenerse en cuenta la reflexión científica y al no comprender la utilidad de sus alcances no se crea el impulso de cambiar la sociedad; lo cual, origina en consecuencia una crisis de sentido, un desacierto en la aplicación de su metodología.

La crisis actual de la salud oral integral debe por ende cuestionar a los profesionales de la salud en algunos aspectos como: ¿Qué futuro quieren construir?. ¿Lo que se hace actualmente va encaminado a hacerlo, o no?. Cuando se analiza con criterio profesional la práctica cotidiana de los odontólogos hoy día, observamos

que esa práctica no se puede desligar de la herencia de la odontología y de la historia del mundo en general. Por eso, cuando se reflexiona seriamente acerca de la cotidianidad profesional surgen las siguientes preguntas:

¿Por qué los odontólogos no valoran sino dientes, convirtiéndose en dentistas?, ¿Por qué los odontólogos no saben promocionar la salud oral integral?, ¿Se están potenciando adecuadamente los recursos de la salud?, ¿Se está efectuando debidamente la promoción de auténticos proyectos para la salud?, ¿Sí existe una concordancia edificante entre la teoría y la praxis?, ¿Se está viendo al ser humano de una manera integral? Qué se está haciendo para evitar su fragmentación, muy común en la actualidad?, ¿Sí conocemos los diferentes prospectos de la salud Oral?, ¿Sí seremos capaces de comunicarnos efectivamente para lograr establecer acuerdos que redunden en beneficio de los odontólogos y los pacientes?.

En la Institución de la salud donde se desarrolló esta investigación se había diseñado una estrategia de educación para el cambio con resultados poco satisfactorios; por esta razón, este trabajo busca develar los impedimentos evidentes y los menos visibles para abrir la realidad, busca también comprender y orientar la acción profesional para transformar el concepto de salud actual y el hacer cotidiano del odontólogo; para ello, se investigó lo local, los actores sociales y los escenarios en los que el odontólogo desarrolla su quehacer sociocultural, político, económico y educativo. Se tuvieron además en cuenta: los actores (los agentes de la salud, los directivos, los usuarios) su entorno, la concepción de su pasado, su presente y su futuro, su propia identidad, las relaciones de poder, la manera como ellos percibieron y aprendieron de su experiencia, de su mundo, de cómo enfrentaron sus conflictos personales y extrapersonales, cuál era su creatividad y su capacidad para resolver los problemas que los asechaban, cómo analizaron las múltiples contradicciones sociales frente a su trabajo; también se tuvieron en cuenta sus expectativas, sus creencias y mitos, sus fantasías y sus convicciones. Los imaginarios y el lenguaje se tuvieron además en cuenta para intentar comprender lo que los actores sabían sobre si mismos, sobre su pasado cercano y lejano y para intuir cuáles eran sus visiones acerca del futuro. Se

analizaron las políticas existentes para la salud y el origen de éstas, se le dio especial importancia a la memoria individual y colectiva, a los recuerdos, a las asociaciones, a las imágenes y a los mitos existentes frente al concepto de la salud. Se consideraron diferentes autores como Habermas, Popper, Humberto Maturana, Luis Carlos Restrepo y otros principalmente en los campos de la filosofía, la comunicación y la salud con el fin de aproximarnos un poco más a la comprensión de la realidad ensoñada y existencial.

Para la realización de este estudio también se tuvo en cuenta la premura en la aplicación profesional de la ley 100 de 1993; la cual, no solo desconoció la necesidad de generar políticas con participación de todos los sectores sino que tampoco se dieron los debates suficientes para evaluar su importancia, por otra parte en estas políticas estatales se ha dado siempre mayor relevancia al aspecto biológico y al binomio salud como no enfermedad; toda la visión centrada para promover la salud se asoció indiscriminadamente al mercado, se atendió enfermedad a gran escala, en detrimento de lo individual, se desconoció el contexto de la problemática, no se le dio suficiente importancia a la promoción de métodos para el logro de la salud; la cual, es de gran importancia no solo para su aplicación en Colombia sino para ponerla en práctica en todos los países latinoamericanos. Quizás debido a esto se observan impedidos para escoger su actividad algunos profesionales de la salud, algunos otros, con visiones diferentes pero sin espacios adecuados para debatir la ley, no han podido concretar sus propósitos. Es por ello que se hace urgente y necesario replantear y modificar la aplicación de la ley 100 de 1993.

Esta premura injustificada en la ejecución de la ley 100 de 1993; condujo a problemas casi insolubles originados por la negligencia al no planear las acciones correspondientes que fueran más acordes con el cambio. El agente de la salud se paralizó con estas nuevas políticas, no se dio lugar a debates esclarecedores, se dedicó todo el tiempo a atender la enfermedad a gran escala y no se involucró en su hacer cotidiano una promoción eficiente para la salud, considerando las necesidades prioritarias del país; el odontólogo fue sensibilizado para el cambio

pero no fue preparado para asumirlo con responsabilidad originando con ello, en consecuencia, un riesgo sicosocial porque todavía no se han alcanzado a comprender las directrices trazadas y aún se padece un caos incomprensible, en lugar de tener claridad para encontrar caminos posibles para generar una buena salud oral a menor costo. El usuario se ha visto así involucrado en programas preventivos para la salud pero viendo la salud oral como NO ENFERMEDAD. Las gerencias institucionales siguen dando ordenes indiscutibles y no estimulan suficientemente los espacios de participación que conlleven al consenso con los diferentes actores.

Es consecuencia, los tres actores de la salud no se han comprometido a fondo con el cambio; el cual, tiene que ver con la promoción adecuada para la salud, teniendo en cuenta la apertura de nuevas posibilidades por ello a través de esta investigación se intento responder el interrogante ¿Qué hacer para lograrlo?.

Adicionalmente, esta investigación muestra como la crisis del sector salud es estructural, y cómo se hace urgente y necesario buscar una estrategia entre las micro y las macro-relaciones del sector de la salud porque esta falta de identificación ha impedido en la práctica potenciar los escasos recursos disponibles.

Conviene recordar que los planes de desarrollo integral en lo referente a las ciencias de la salud, no han tenido en cuenta el contexto local, departamental, nacional y mundial para dimensionarla y comprenderla mejor. La crisis en el sector de la salud se ha visto además agravada por la carencia de identidad nacional y al acatamiento, al consumismo exagerado y a la pasiva aceptación de los programas foráneos; llegando de este modo a la implantación de políticas extranjeras no acordes con la realidad Colombiana, no permitiendo o torpedeando el desarrollo de los verdaderos planes para la salud en países como Colombia en donde el multiculturalismo comienza a tener cada vez una importancia capital.

Las políticas foráneas implementadas por el neoliberalismo globalizante se basan en una racionalidad soterrada que manipula un abierto dominio político sobre la

naturaleza y sobre los seres humanos, un dominio metódico, científico, calculado y calculante como dice MARCUSSE; donde se puso en práctica la idea falaz de solucionar los problemas económicos de los países en el contexto latinoamericano haciéndolos entrar en el juego desigual de la oferta y la demanda; sin embargo, la realidad ha demostrado que la situación económica no ha mejorado como lo muestran los índices de crecimiento y población imparable de la pobreza en los últimos años.

Todos estos factores negativos han impedido generar una cultura tendiente a mejorar la salud oral integral, porque no se han creado los caminos que lleven a lograrla. Para ello es necesario tener en cuenta que no solo tenemos una realidad sino simultáneamente varias realidades y que, paradójicamente, todas ellas pueden ser en cierto momento válidas; esta investigación insistió en estas realidades y pretende dar pautas para lograr una comunicación más íntima entre los diferentes actores, a ver si de veras es factible que se replantee la praxis cotidiana enseñando con ello generar una nueva cultura que tenga en cuenta definitivamente la salud oral integral.

Como complemento, considerando que el trabajo instrumental en la práctica de la odontología siempre ha sido lo más relevante porque se le ha dado mayor prioridad a la técnica y al trabajo artesanal, esta investigación ansía, como se dijo antes que se deben tener en cuenta múltiples factores para promocionar la salud oral integral. Al tener en cuenta por ejemplo la historia debemos recordar que el hombre hace trabajar la máquina para él, y no a la inversa, que cuando el ser humano se robotiza más se envilece su condición, afectando su carácter individual y sin darse en cuenta paulatinamente se va cosificando sin que pueda permitirle reflexionar acerca de su verdadero ser. Así el odontólogo al depender solo de la técnica y de la máquina, se olvidó de su conciencia y de su autocrítica y al pensar solo en producir dinero y en adquirir bienestar realiza su trabajo cotidiano sin actitud de miras, sin reflexionar, y cuando acaso por fin decide hacerlo se da cuenta del trauma existencial que rodea su vida y su profesión.

Por lo anterior, esta investigación aunque propone una respuesta, ojalá que ella sea coherente con las siguientes preguntas:

¿Cómo se podría generar una juiciosa reflexión en la mente de los odontólogos acerca de su saber hacer, su saber ser y su saber comunicar, aplicada a la cotidianidad de su trabajo?, ¿Qué se debe proponer para lograr el cambio inminente y qué se puede poner en práctica para ayudar a solucionar la crisis en el sector de la salud oral, acompañada de una reflexión analítica sobre las políticas existentes en el área de la salud oral en la actualidad?.

1. JUSTIFICACION

Como es sabido los directivos, los agentes de la salud y los usuarios tienen diferentes conceptos de la salud; se requiere por lo tanto saber que conceptos manejan para establecer un diálogo comunicativo y eficaz que logre generar planes adecuados en la praxis, teniendo en consideración el contexto social y geográfico donde se van a desarrollar y potenciar los recursos económicos y las condiciones disponibles.

La investigación aquí planteada surgió de la necesidad de promover la salud general y particularmente la salud oral en conjunción con los diferentes actores como son los odontólogos y directivos, buscando con ellos analizar la percepción que poseen de la ley 100 de 1993 para poder demostrar con argumentos que las políticas existentes, si están a la altura del compromiso profesional.

Al analizar el trabajo cotidiano de los odontólogos, se observa con gran preocupación que la mayoría de ellos prosigue su trabajo desde la práctica curativa, aliviando enfermedad, efectuando un poco de prevención y no promocionando la salud como compete a su responsabilidad.

Los odontólogos y en general los especialistas orales no se han apropiado efectivamente de la teoría y la praxis de la salud, los conceptos de salud y de su promoción; y los pocos que lo han hecho a pesar de haber tenido balances satisfactorios, no han logrado influir en sus demás colegas con el dinamismo que sería de esperarse para que se produzca la renovación del quehacer cotidiano de la odontología.

Esta investigación busca en esencia la manera de mejorar la salud oral de la mayor parte de la población, analiza los conceptos de promoción y de prevención de la salud oral, a la vez que tiene en cuenta los imaginarios y los mitos conscientes e inconscientes que se han creado y se crean culturalmente, con el fin de poder romper algún día las barreras que obstaculizan el cambio tan anhelado en el ámbito del bienestar ciudadano.

Otro de los aspectos fijados en este trabajo es el de hacer notar que la ley 100 de 1993 le da gran valor a la salud como no enfermedad, en lo que respecta a la prevención de la morbilidad, pero se destaca poco la promoción de la salud; además y este es otro factor negativo, las instituciones a quienes corresponde velar por la salud, las mueve solo el afán de ser autosuficientes financieramente, dedicándose únicamente a aliviar enfermedad a gran escala, pero dejando de lado la preciosa necesidad de generar una promoción adecuada para la salud. Todo esto, dado a la urgencia de la aplicación de la ley 100 de 1993 que conlleva a solucionar problemas inmediatos, sin darle prioridad a la planeación de acciones efectivas que sean acordes con el cambio de la sociedad dentro de un contexto histórico evolutivo.

Esta propuesta busca también dar respuesta al interrogante: ¿Qué hacer para lograrlo? Porque, si bien es cierto que el agente de la salud fue sensibilizado para el cambio, no lo fue tanto para asimilarlo posteriormente, originando en consecuencia en los agentes de la salud, un riesgo sico-social, ya que todavía ellos no han alcanzado a comprender en profundidad las directrices trazadas y aun viven inmersos en un caos, en lugar de afanarse en encontrar caminos posibles para generar un nivel mas alto de salubridad. No obstante, el usuario ha sido comprometido muy poco en programas preventivos, pero no se le ha promocionado la salud; por esto se puede decir que los actores no se han conscientizado de la necesidad del cambio que se requiere, para que se comprometan aun mas con la idea de transformar la realidad, que tan perentoriamente se nos impone hoy día.

Otro de los propósitos de esta obra es mostrar cómo la crisis del sector de la salud no ha conducido a generar resultados plausibles ni ha potenciado los escasos recursos disponibles, al igual que los planes de desarrollo en lo referente a la salud, ya que no se han tenido en cuenta el contexto local, departamental, nacional y mundial, agravado en lo sustancial por la carencia de identidad y el arraigo del consumismo exagerado, lo que ha llevado a implementar políticas foráneas y a no permitir el desarrollo progresivo de verdaderos planes que den prioridad al multiculturalismo, la globalización y la postmodernidad.

Además, considerando que no se ha proyectado una cultura veraz para la salud, esta investigación tuvo en cuenta las diferentes realidades, analizó lo evidente y lo abstruso en la praxis cotidiana de la profesión, con la miras de contribuir a diseñar un plan de cultura para la salud general, creando así caminos que conduzcan al propósito de una salud oral integral; puesto que para crearla es necesario tener en cuenta que no sólo poseemos una sola realidad, sino varias realidades, y que todas pueden ser válidas dentro de la gran unidad universal que nos congrega.

Otra de las metas propuestas en esta tesis es mostrar nuevos horizontes para promocionar la salud integral, porque en la práctica de la odontología siempre ha sido lo más relevante el trabajo instrumental, dando mayor importancia a la técnica y al trabajo artesanal, para atender la enfermedad a gran escala, pero olvidando al paciente y al usuario como individuo potencialmente significativo dentro del marco de la cotidianidad.

Por último, en la actualidad el concepto que manejan sobre la salud oral los odontólogos, los directivos y la comunidad en general, se asocia parcialmente en la gran mayoría de los casos, con la enfermedad; en consecuencia, para poder eliminar el imaginario de la salud asociada a la enfermedad, es necesario develar lo mítico y lo simbólico de la odontología actual, para que se trascienda la limitante de esos mitos y se construyan unos nuevos parámetros donde la relación se de unitariamente el concepto de salud y a la totalidad de la vida misma.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Reconstruir epistemológica, metodológica y conceptualmente un eficiente modelo de cultura de la salud oral, con el fin de replantear el concepto de su aplicación en la praxis cotidiana de los odontólogos buscando con ello promover en el país un debate amplio sobre las políticas existentes en la actualidad sobre la salud oral.

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ✓ Tratar a toda costa de encontrar el modelo eficaz de salud oral que sea aceptado, y proponer un nuevo modelo que comprometa en su aplicación a todos los actores .
- ✓ Conducir a un cambio en la práctica de la odontología en general y abogar por una toma d conciencia reflexiva acerca del quehacer cotidiano de los odontólogos.
- ✓ Replantear con urgencia los programas existentes para la promoción de la salud oral y la prevención de la enfermedad.

- ✓ Encontrar y comprender los símbolos y mitos que orientan el trabajo cotidiano de los profesionales de la salud oral, dentro del Instituto de los Seguros sociales.
- ✓ Analizar el impacto de la ley 100 de 1993 en los profesionales de la salud oral.

3. RECORRIDO EPISTÉMICO Y METODOLÓGICO

3.1 ACERCAMIENTO EPISTÉMICO Y METODOLÓGICO

Para intentar comprender más o menos a fondo la interpretación de la labor cotidiana de los odontólogos, es necesario considerar con lucidez lo que ellos dicen y hacen, y a la vez, tratar también de analizar cómo se interpretó su actitud en el desempeño cotidiano de su profesión, teniendo en cuenta que cuando hay una acción irónica o engañosa, por parte de ellos, la interpretación debe esforzarse en dilucidar por qué el enunciado se basa en una premisa engañosa, para luego buscar una explicación plausible que ofrezca una visión clarificadora del fenómeno y de su implícita ambivalencia.

En el autor, o sujeto responsable de la irregularidad, hay que analizar el sentido que apunta hacia su propia autoría, lo mismo que al inconsciente que permanece en él; se requiere conocer lo que el autor quiere decir, se analizan los signos que lo identifican se debe analizar el sentido de sus relaciones con su propia persona y los otros, la concepción clínica o humanista de su situación. Por lo anterior, se requiere delimitar en sus justas proporciones al sujeto y al objeto. Esta interpretación que se busca alcanzar debe apoyarse en la comunicación diaria e interpersonal y en las categorías que identifican al autor. Factores que una vez integrados promueven los imaginarios individuales o colectivos para desentrañar su validez y su razón de ser dentro del contexto, se buscó además un entendimiento entre el mundo cotidiano y la historia de la humanidad. Por ello se eligió para su estudio un grupo de odontólogos mirados desde una actitud natural, pero inmenso en la complejidad de su mundo social. El investigador entonces se encontró sorpresivamente con seres diferentes, pero sin cuestionarlos. Por lo tanto,

aceptando que la conciencia no es continua y que es temporal y que muestra la misma actividad funcional que la de todos, se tuvo en cuenta en este sentido que solo se conocen parcialmente las vivencias por actos reflexivos de atención y éstos, indefectiblemente varían de un momento a otro, experimentando cambios impredecibles dentro de su desenvolvimiento en el tiempo.

Así, a cada acto analizado se le ubica dentro del contexto del significado y se le reconstruye virtualmente su mundo particular, teniendo en cuenta el tiempo individual; a todo este material de estudio adquirido se le va dando una significancia valorativa para ir de esta manera identificando los imaginarios individuales y colectivos de acuerdo a sus vivencias, a sus gustos, a su manera de ejercer su profesión.

Pero debemos tener en consideración que estas vivencias se multiplican y se interactúan hasta los mas mínimos detalles, según el grado de socialización que posean los actos reflexivos; igualmente, las fantasías personales deben ser insertadas en el mismo orden en el cual los odontólogos las vivieron, buscando adoptar una atención similar a la que les dieron. Con estas experiencias acumuladas y con la imprescindible ayuda del lenguaje, se pueden reconstruir las realidades vividas por otros; estas realidades, además, tienen su respectivo bagaje de símbolos que luego se traducen en signos para después transformarse en imaginarios.

La complejidad del análisis cualitativo que se intenta realizar hace difícil de momento predecir lo que va a suceder en el futuro inmediato. Por ello se hace necesario analizar cada cambio de comportamiento que se produzca en un determinado momento. Esta investigación se apoyó en el estudio de casos corroborados para un examen completo se analizaron dibujos, escritos, entrevistas, las acciones de los talleres que ayudaron a una primera aproximación a los conceptos de salud y a los imaginarios, luego se efectuaron las observaciones, las explicaciones e interpretaciones ofrecidas. Se continuó con un examen detallado, comprensivo y sistemático del objeto. Se unió lo objetivo y lo subjetivo y se descubrieron nuevas e interesantes relaciones y conceptos que condujeron al

esclarecimiento de tres tesis fundamentales que expresan nuevos significados y que revelan específicamente tres etapas definidas, que son: los conceptos de salud en el ayer, el concepto de la salud actual, el criterio que empieza a construir el modelo del mañana.

Esta investigación hermenéutica tuvo tres fases: 3.1.1 Fase descriptiva. 3.1.2 Fase interpretativa. 3.1.3 Fase de Construcción de Sentido.

3.1.1 Fase Descriptiva: La autora de este texto presentó diferentes interrogantes generales que intentan promover una intencionalidad comunicativa entre los participantes en la investigación temática Por experiencia hemos visto que la observación general del problema se da antes de haber estudiado sistemáticamente, ya que estos puntos referenciales son los implementos de análisis y de trabajo indispensables para la formulación de esta tesis.

En el desarrollo de esta fase descriptiva se buscó establecer más o menos con precisión, qué conceptos de la salud tenían los odontólogos, los usuarios y los administradores, se plantearon preguntas, innumerables preguntas que durante el transcurso de esta investigación se fueron desarrollando, en forma indirecta para tratar de establecer los criterios de la salud manejados por la comunidad (usuarios), por el odontólogo y por los directivos de las instituciones. A continuación se presentan los siguientes interrogantes:

A la comunidad:

- ✓ ¿Cuál es su concepto de la salud?.
- ✓ ¿Qué piensa de la salud oral?.
- ✓ ¿Cuáles cree que son sus prácticas cotidianas de autocuidado?.
- ✓ ¿Cuál considera que es la influencia de los factores socioeconómicos de la comunidad para detectar los riesgos en la salud oral?.

- ✓ ¿Cuáles son sus fundamentos culturales?.

Al odontólogo:

- ✓ ¿Cuál es su concepto de la salud?.
- ✓ ¿Qué piensa como profesional de la salud oral?.
- ✓ ¿Cómo lleva a cabo su praxis?.
- ✓ ¿Qué estímulos recibe y de quien, para lograr realizar una salud oral integral?.
- ✓ ¿Qué soluciones creativas propone para resolver los diferentes problemas existentes actualmente en la crítica situación que se padece?.
- ✓ ¿Desde su propio campo de acción, cómo promociona la salud oral integral?.

Al directivo de la Institución odontológica:

De acuerdo a su experiencia administrativa:

- ✓ ¿Cuál es su concepto acerca de la salud?.
- ✓ ¿Cuál es su concepto en relación con la salud oral?.
- ✓ ¿Cómo evalúa el trabajo del odontólogo?.
- ✓ ¿Cuáles son sus aportes y sugerencias para resolver los problemas que nos competen?.
- ✓ ¿Cómo manejan la idea de descentralización y de participación?.

En esta fase descriptiva se hizo un análisis de las micro-relaciones y las macro-relaciones de la Institución, en los departamentos de salud oral con los agentes de la salud: los odontólogos, los coordinadores de la salud oral, las auxiliares de la higiene oral, y las auxiliares del consultorio dental; y desde luego en la salud integral para el infante (conformado por un equipo interdisciplinario).

Inicialmente se efectuaron cuatro talleres con los agentes antes mencionados. El primer taller se hizo sobre la lactancia materna exclusiva y sus implicaciones en la salud oral. El segundo taller se hizo sobre la atención integral en la infancia. El tercer taller trabajó el tema de una nueva atención en la salud oral. El cuarto taller hizo énfasis en los costos que representa para el usuario y para la institución la odontología, también se recalcó la importancia en la participación y el trabajo en equipo para solucionar los conflictos que se plantean. En estos talleres de acercamiento hacia la comunidad se valoraron los conceptos de la salud oral con los tres actores (directivos, agentes de la salud y usuarios).

Adicional a estos talleres se realizó complementariamente una encuesta (ver anexo A) entre los odontólogos que recibieron la capacitación para el cambio en un período de seis meses, y otros odontólogos que habían asistido al taller de odontología para la salud; a estos últimos se les preguntó sobre los cambios dados con la aplicación de la Ley 100 de 1993 y sus implicaciones en la salud oral.

Como consecuencia del anterior taller llevado a término, también se valoró el concepto educacional de la comunidad mediante la aplicación de una encuesta pormenorizada.

Se analizaron juiciosamente los diferentes conceptos que se manejan sobre la salud y se tuvieron en cuenta los cambios de mentalidad en el personal de la salud, después de que asistieron a varios cursos de inducción y capacitación, y se efectuó un análisis del concepto de la salud oral a través de: dibujos, encuestas y entrevistas (ver anexo A) en este análisis llamó sorprendentemente la atención el hecho de que el concepto de la salud es más amplio y comprensible en los usuarios que en los mismos profesionales de la salud. Por otro lado los directivos manejan el tema de la salud indefectiblemente unido al resultado económico que produzca el alivio la enfermedad, dando muy poca importancia a los factores psicológicos o sociológicos.

Durante un período de seis meses se tuvo un diario de campo y se hizo un análisis de las historias clínicas del departamento de la salud oral de una Institución de Salud Oral Pública. Se valoraron las reuniones de mejoramiento continuo realizadas en el equipo de la salud oral, de: los agentes de la salud y los directivos.

Las preguntas antes mencionadas ayudaron con sus respuestas a comprender el entramado social y cultural de los actores; después de una primera aproximación al grupo, se aplicaron los instrumentos (ver anexo A) para recoger una mayor información y poder tener en cuenta lo evidente y lo abstracto, lo concordante y lo contradictorio, lo repetitivo y lo esencial, después para ordenar los datos obtenidos se valoraron las premisas iniciales, los diferentes conceptos sobre la salud y las realidades y realizaciones del pasado.

Se construyeron así los primeros argumentos de auto-reflexión, estos parámetros fueron sometidos a nuevas reflexiones; lógicamente ellos, dieron origen a nuevos interrogantes, haciéndose necesaria una nueva aproximación al contexto social, luego se plantearon y se discutieron las primeras categorías que conllevaron al concepto de salud oral interpretado en el ayer y aplicado a la actualidad.

Teniendo en cuenta los pormenores y vivencias de los encuestados, se hizo una primera aproximación a los conceptos de salud oral y a los imaginarios de los odontólogos; de ellos se obtuvieron datos que se tabulan por separado. Estos datos permiten elaborar los primeros argumentos y realizar los primeros análisis especulativos, de acuerdo a ellos se clasifican los rasgos y se busca la interacción entre ellos.

3.1.2 Fase Interpretativa: Se recontextualizaron el fenómeno y el objeto de la investigación, estos se sustentaron en el lenguaje y en la interacción comunicativa y se construyeron los imaginarios mas clarificadores sobre el pensar, el sentir y el actuar, se llevo conjuntamente un diario de campo y se incorporaron

otra gama de significaciones que fueron desde el omitir, hasta el tener que cooperar, el sentir y el comprender.

El hacer cotidiano se unió al recuerdo, el conocimiento social fue almacenado en la memoria; este quehacer en su desarrollo involucra aprendizajes del entorno y para facilitar la dinámica de su actuación, se incentiva. Es de resaltar en esta fase la gran deficiencia comunicativa existente entre los odontólogos; ya que cada cuál dentro de su limitada realidad, cree tener la razón y excluye olímpicamente a sus demás colegas sin intentar siquiera un acercamiento profesional, que le permita compartir otros puntos de vista sobre su profesión .

También se buscó en esta parte eliminar el factor subjetivo y pasivo de la vivencia, buscando con esta exclusión un mayor grado de objetividad en el proceso dinámico de la investigación.

La fase interpretativa ya referenciada se trabajó teniendo en cuenta lo encontrado en la fase descriptiva, o sean las políticas existentes, los análisis de los textos sociales teniendo en cuenta los actores participativos y los autores relacionados con la filosofía, con la salud y con la comunicación para poder comprender el por qué no se rompe el binomio salud – enfermedad en la praxis cotidiana.

Para interpretar las categorías aludidas inicialmente se entretejieron interrelaciones de funcionalidad, se propusieron nuevas perspectivas y a las cuales se les dieron los siguientes lineamientos fraseológicos:

- ✓ APRENDIENDO DEL PASADO MEDIANTE EL ESTUDIO DE LA COMPLEJIDAD HEREDADA EN EL PRESENTE

- ✓ CONSTRUYENDO EL MAÑANA DE ACUERDO A UNA VISION MAS CIENTIFICA Y RESPONSABLE DE LA PROFESION

A las anteriores propuestas se anexaron otras nuevas categorías

- ✓ LAS TRES VISIONES ACTUALES DE LA SALUD ORAL
- ✓ LOS IMAGINARIOS EN LA SALUD (LO SIMBOLICO Y LO MÍTICO EN LA SALUD)

En esta fase del trabajo temario se buscó la interrelación de las categorías ya expuestas se valoró en consenso lo siguiente:

- ✓ El interés técnico ha prevalecido en el hombre actual, lo que ha conducido a desplazar la ética y la estética de su vida personal y profesional.
- ✓ La salud se sigue valorando como no enfermedad, se continúa fragmentando el ser humano, no se le valora ni se le mira de una manera integral y se persiste en aceptar el sofisma generalizado en el inconsciente colectivo, que define la salud como no enfermedad.
- ✓ Este inconsciente colectivo es el resultado de lo mítico ,de lo irracional en la cultura occidental y es una característica de la racionalidad occidental; esta manera de proceder mecánicamente busca apenas solucionar los problemas de la salud, atendiendo la enfermedad a gran escala como objeto de mercado, provocando con ello un deterioro cada vez más acentuado contra el alto sentido de lo humano.
- ✓ Esta evidente complejidad de lo colectivo también es provocada por la disyunción de lo material y lo sensitivo. Si el hombre supiera sabiamente que unir y armonizar su parte sensitiva a su parte material, comprendería su razón de ser en el mundo y aprendería a vivir en armonía consigo mismo y con los demás.

- ✓ La anterior exposición como puede captarse, se relacionó con los mitos patriarcales como patrones dominantes en el mundo occidental; esta herencia ancestral le ha dado gran relevancia a la razón práctica, y esta misma razón utilitarista ha buscado al mercado, como único medio capaz de solucionar los problemas de la humanidad.

- ✓ Se tuvo en cuenta además la dicotomía entre cuerpo y espíritu, la forma como ella afecta el bienestar psíquico, corporal y social, precipitando la pérdida del el sentido de lo humano y malogrando la biología del amor; provocando en consecuencia la incapacidad para construir un mundo de armonía. No se debe estigmatizar la participación del amor en el acto de lo cotidiano, se debe intentar recuperar el afecto, la sensibilidad, el ánimo como diría June; valores que están opacados por los imperativos predominantes del mundo material .Puesto que son precisamente ellos los que continúan estimulando la cultura patriarcal y dogmatizante; en consecuencia, la guerra será la encargada de destruir la humanidad, malogrando irreversiblemente de paso la naturaleza.

En esta fase se construyeron las categorías interpretativas y éstas a su vez ayudaron a encontrar las tres visiones de salud oral, se interpretaron las falencias del odontólogo tradicional, las limitaciones del odontólogo administrativo y el porque del aislamiento del odontólogo salubrista.

3.1.3 Fase Construcción de Sentido: En esta fase se articularon las argumentaciones de carácter simbólico y abstracto, desligándolas de lo empírico que fue durante mucho tiempo el fenómeno que dio origen a las categorías, convirtiéndolas luego en hipótesis interpretativas, se confrontó el presente texto escrito con otros autores, se revaloraron significados y se dio sentido a las tesis de otros investigadores, aquí en este estudio se engloba la visión individual en conjunto con la visión paradigmática ,la discursividad semántica y la aplicación pragmática.

Por lo tanto, mientras la educación impartida para promover el cambio en la salud oral, no conduzca a una reflexión de la praxis cotidiana, no se logrará el cambio que debe conducir a una odontología más humana y holística.

Esta praxis cotidiana no puede ser transformada ni alcanzada mientras los odontólogos no participen de los programas comunitarios en los cuales, ellos no conozcan la verdadera realidad económica, social y política de las comunidades.

El orden de este estudio se condujo ojalá se haya logrado de la comprensión a lo incomprendido, de la parte al todo, del consciente al inconsciente.

Las categorías interpretativas aquí expuestas se relacionaron con las categorías iniciales y se confrontaron con los textos actualizados de otros autores.

Las propuestas planteadas se sometieron a la confrontación y a los espacios de comunicación y de crítica, y las opiniones obtenidas ayudaron a dar coherencia estructural a este trabajo.

Con esta fase termina aquí el ciclo hermenéutico, y se tantea la posibilidad de buscar la comprensión mas o menos global de lo desconocido. Esta fase encierra un estado de incertidumbre ante la objetividad de los resultados; con ella se espera desligar lo iluso de lo empírico, para obtener nuevos prospectos y visiones apoyándolos en la paradigmática, la semántica y la pragmática.

Con la paradigmática se obtuvieron las múltiples relaciones para mirar el fenómeno de la salud.

Con la semántica se construyeron los significados globales.

Con la pragmática se vinculó lo anterior, con el problema del sentido de la existencia, con el fenómeno social y cultural.

Esta fase se desarrolló teniendo en cuenta lo analizado en las páginas anteriores; de allí, mediante un estudio hermenéutico, se construyó la visión integradora de la realidad local, con la realidad universal; se analizó la disyunción entre la teoría de la salud oral y la praxis cotidiana del odontólogo, se tuvieron en cuenta los imaginarios en la salud. Los pormenores de todo este recorrido se ha deseado consignar en los capítulos de este documento.

En esta investigación se propone un nuevo modelo de salud oral para el futuro; este modelo, debería ser construido por todos los actores (usuarios, directivos, agentes de la salud); creando con él una imagen similar a la de un panal de abejas en movimiento; imagen o metáfora representativa de lo que podría llegar a ser una sociedad ideal y en la cual todas las partes funcionan sincronizadamente para alcanzar una más alta meta evolutiva en lo material y lo espiritual.

4. REFERENTE CONCEPTUAL

Esta investigación se apoyó en buena parte en la historia y los mitos. Con respecto a la historia se reflexionó sobre el hacer cotidiano de los odontólogos desde el punto de vista biológico y social, analizando el ayer, el hoy y el mañana, teniendo en cuenta la epidemiología, la promoción y la prevención, las políticas existentes, la formación profesional para determinar cuales eran las opciones válidas para el cambio. Con los mitos se pretende explicar un mundo que carece de explicación racional, en fin se trataron de encontrar los paradigmas arquetípicos y míticos que rigen el inconsciente colectivo para encontrar nuevas imágenes que generen una más lúcida conciencia social.

4.1 LA COMPLEJIDAD HEREDADA DEL AYER

Para comprender nuestra propia historia y la historia de la salud en Colombia, así como la de los conceptos salud – enfermedad de las prácticas médicas, es preciso aprender del ayer lo que conlleva, entre otras cosas, la descripción a grandes rasgos de la evolución social y cultural del ser humano. Por estas razones, a continuación se hace una breve presentación de dicha evolución poniendo énfasis en dos concepciones principales del mundo como son: la matriarcal y la patriarcal.

Culturalmente se tiende a ignorar que somos animales, seres biológicos esta actitud nos impide obtener una mejor comprensión de la naturaleza de lo humano. Porque al ser biológicamente animales, sabemos integrarnos; por eso los niños de meses, aprenden a dar, sacan sus alimentos de la boca y los comparten. Biológicamente

hablando hay machos que se preocupan por sus crías, siendo madres no procreadoras; un ejemplo de ello, se da entre los primates como los gibones y los baubinos, en ellos se observa que los huérfanos son protegidos por machos viejos. Los machos de otras especies animales también contribuyen al cuidado de sus crías, por lo que se deduce que los padres (y no solamente las madres) están capacitados biológicamente para cuidar a sus hijos. En el caso de los seres humanos se crearon espacios de encuentro cuando éstos aún vivían en pequeños grupos y de estos encuentros surgió el lenguaje, y de él, lo consensual y lo conductual.

Se reconoce que evolutivamente venimos de los primates (según el paradigma Darwiniano tradicional que así lo considera), los cuales se movían entre las ramas, pero luego al aparecer los hombros en la estructura ósea, aparece lo bípedo. De esta manera, al encontrarse y unirse el uno con la otra sexualmente se crea el lenguaje, en la medida en que con éste se puede acariciar con palabras, ya que con el lenguaje se conjugan la parte sensorial y la emoción, dando así origen a las acciones comunicativas aceptándose de esta manera la presencia participativa; partiendo del diálogo y el pensamiento es posible expandir la cultura y desarrollarla a través de la historia.

Inicialmente fuimos pequeños, con la estatura de un niño de 8 años, con el cerebro **en cierre**, vivíamos en pequeños grupos; se pudo establecer por los cambios observados en la dentadura de los restos de los seres humanos primitivos, que comíamos semillas, nueces, insectos y algunas veces carne.

Se ha comprobado antropológicamente que hace más de 7000 años, existieron comunidades recolectoras, que habitaron en los Balcanes y en el Egeo; estos grupos humanos, vivían sin fortificaciones y sin defensas de acciones guerreras, se daban rituales místicos con figuras femeninas. Las esculturas no estaban decoradas con armas; las tumbas de los hombres y las mujeres no se diferenciaban; en los campos no existía el signo de división, la tierra era para todos, se cree que no existía la apropiación de la tierra, ni las jerarquías.

De los 7000 años a los 5000 antes de Cristo aún no se observan claramente signos de guerra en los poblados. La guerra se asocia con la llegada a las llanuras rusas de la gente pastora; entonces aparecen las guerras por las jerarquías y las tumbas múltiples, en esta época se inicia el entierro de la viuda con el hombre muerto seguramente en la guerra y se inician las decoraciones con armas. Posteriormente, desaparecen los signos de la guerra por 500 años, signos que vuelven a aparecer hacia el año 4500 antes de Cristo, época en la cual se le empieza a dar a la guerra un gran valor con el predominio para entonces de la cultura patriarcal occidental.¹

Desde esos lejanos tiempos hacia la época cristiana y aún posteriormente, la guerra se convirtió en la base del poder y la dominación entre los pueblos.

Ahora bien, anterior a la cultura patriarcal de occidente, predominó la cultura matriarcal (matrística), en la que no existía ni la dominación masculina, ni la dominación femenina y donde las actividades religiosas y místicas se centraban en la figura idealizada de la madre; no había guerras ni jerarquías. En esta cultura matrística se reguló la población, las comunidades vivían en cooperación, trabajaban la agricultura, recolectaban para la comunidad, no le daban valor positivo a la guerra, ni se trataban las armas como elementos centrales de la vida; en la cultura matrística no existía la propiedad de la tierra, tenía gran importancia lo estético, lo armónico y el sentido de lo humano, se daba la cooperación, la participación y la convivencia.

Otros rasgos característicos de lo matrístico fueron: el respeto por el otro, la ayuda mutua y el respeto a sí mismo. En la vida "adulta" de la humanidad cambian estos valores, y se valoran por el contrario la lucha, la competencia, la apropiación, el irrespeto por el otro, la exaltación de la apariencia, la pérdida de la dignidad y el sometimiento. Frente a estos pseudo valores, lo matrístico decae llega a ser

¹Se puede ahondar más en el conocimiento de esta temática en el libro de Maturana Romesin, Humberto. **El sentido de lo humano**. Santafé de Bogotá, D.C. Dolmen ediciones y Tm editores. 1998 y se puede completar mejor tal teoría en Maturana, Humberto y Varela, Francisco. **El árbol del conocimiento**. Chile: edición universitaria, 1996, 172p.

considerado como símbolo de la arbitrariedad, lo irracional, la contemplación, en cambio, lo patrístico se hipervalora asociado a la fortaleza, la lógica racional y la voluntad de poder.

Por otra parte, lo matrístico y lo patrístico son asociados biológicamente a lo femenino y lo masculino pero esta "asociación" tan mecánica e inflexible ha creado un conflicto cultural que ha conducido a hacer más difíciles las relaciones entre los hombres y las mujeres.

En la sociedad patriarcal hay dioses masculinos, un padre universal, en tanto que en la sociedad matrística si bien existen también estos dioses, se tiene una madre universal. Con la convivencia de estas dos culturas mencionadas hubo diferentes redes conversacionales que modificaron la cultura matrística y produjeron su desplazamiento por la cultura patriarcal - patrística.²

En efecto, con el transcurso del tiempo la cultura matrística va debilitándose y desapareciendo al aparecer y consolidarse la cultura patrística que se inicia con el pastoreo y la domesticación de algunos animales, pasándose de esta manera poco a poco del nomadismo al sedentarismo, lo que lleva a la restricción en el acceso al alimento, a la exclusión, a la apropiación y al arrendamiento de la tierra. Esta cultura patrística tendrá de ahora en adelante que ser defendida por la fuerza de la intromisión de otros, luchándose por su control y apropiación

4.1.1 Evolución Del Fenómeno De La Salud Y Su Manejo Socio-Cultural: Con el predominio de lo patrístico en el mundo occidental se impuso lo racional y lo monetario, el culto a las armas y al poder, y de un concepto cultural de la salud que valoraba en forma equilibrada ciertos rasgos de lo matrístico y de lo

² Ídem. Además es interesante conocer el libro de Bachofen, sobre la aparición del derecho materno relacionado con lo mitológico. Cfr Bachofen, Johann Jakob. **Mitología arcaica y derecho materno**. Barcelona Anthropos, 1998.

patrístico, se comienza a manejar otro concepto de la salud muy sesgado hacia lo técnico, lo que conduce a la disolución cada día de la parte sensible humana y desconoce los contenidos éticos y estéticos en este campo; lo cual, incide necesariamente en las relaciones del concepto de la salud con el de enfermedad y sobre la práctica cotidiana de los agentes de la salud.³

Por ello, para comprender la historia de la salud oral, se debe analizar primero la historia y la evolución de las ciencias y prácticas médicas, porque la salud, como se dijo, tuvo en el pasado – y afortunadamente ha vuelto a recuperarlo – un profundo contenido cultural vinculado a las creencias, hábitos y costumbres vivenciadas en un entorno, contenido que por su misma naturaleza ha evolucionado a lo largo de los siglos, cambiando según la evolución biológica, social, cultural, mítica y ambiental del ser humano.

Inicialmente, la salud se asoció al concepto vida; el hombre tuvo que luchar siendo nómada, contra el medio adverso debido a la carencia de alimentos, de vestido y a las inclemencias del clima. Posteriormente se vuelve sedentario, aprende a cultivar, a convivir en un mismo territorio ya simple y se incrementa la explosión demográfica.

Ya en la era cristiana, en el medioevo, se empieza a asociar la salud con la enfermedad originada por un pecado expiable; al iniciarse luego la revolución industrial esta concepción cambia dándose gran relevancia al binomio salud – enfermedad y a la técnica, crece y se consolida la industria farmacéutica⁴ es decir, se incrementa la invención de nuevos equipos médicos y odontológicos para los exámenes complementarios⁵, lo que condujo al desarrollo de la epidemiología

³ Desde ahora se considera la salud, para este caso, la salud oral, como algo holístico, integral donde confluyen todos los factores.

⁴ Para una mejor comprensión del desarrollo de la técnica y de los cambios sociales ocurridos a lo largo de la llamada “sociedad occidental” CFR, Dormido, Morales y Abad. 1992.

⁵ Ander-Egg al hablar sobre la definición de la salud dice que: “tradicionalmente, y durante

positivista. En estos cambios iba implícita una visión diferente de la salud porque se la comienza a mirar como no enfermedad.⁶

Al analizar las enfermedades existentes se originó, como se dijo antes, la epidemiología positivista, donde se le dio preponderancia a lo biológico, desconociendo en el análisis lo sicosocial; además, al ganar importancia el factor financiero se comenzó a generar la salud desde la perspectiva de atender la enfermedad a gran escala, uniéndose este concepto a la oferta y a la demanda y apareciendo el supuesto de especialización y super - especialización.

Estos nuevos énfasis hicieron olvidar lo importante que es usar una epidemiología más real en el sentido en que debe tener en cuenta lo cualitativo, para abordar el concepto salud en un sentido más amplio y holístico. En efecto, éste aspecto se debe propulsar considerando que se da por múltiples factores que deben ser tenidos en cuenta por su capital importancia.

Corno se ha venido anotando, la salud a través de la historia reciente se ha definido con base en la enfermedad; razón por la cual, el sistema médico⁷ ha orientado los recursos humanos, ideológicos y materiales para aliviarla. Es así como el sistema médico mira como objetos no solo a la salud sino a las personas que la reciben y la dan y así de una manera casi simplista como se la presenta y es aceptada en la

mucho tiempo, la salud fue definida como la ausencia de enfermedades e invalideces. En la actualidad existe un acuerdo generalizado en que este tipo de definición no corresponde a la realidad y no es operativa ya que, para definir la salud en términos negativos, hay que trazar el límite entre lo normal y lo patológico... Las definiciones negativas no son útiles en ciencias sociales: la salud no es ausencia de enfermedad, del mismo modo que la riqueza no es la en ciencias sociales: la salud no es ausencia de enfermedad, del mismo modo que la riqueza no es la ausencia de pobreza... (Ander- Egg Ezequiel. **Diccionario de pedagogía**. Argentina: Magisterio 1997., p. 155).

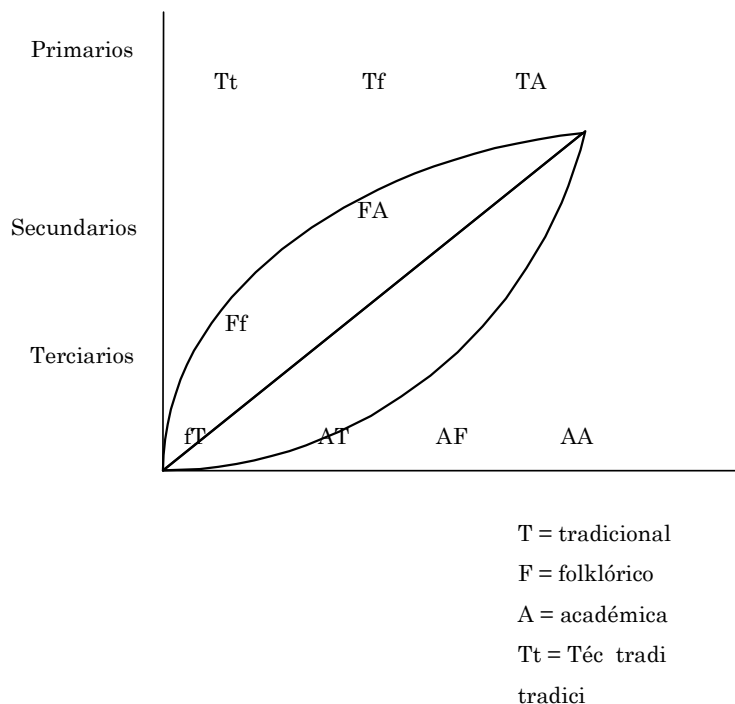
⁶ Cuando se hace referencia al sistema es bueno aclarar que la teoría de los sistemas tiene relación con la frase de Aristóteles: "El todo es más que la suma de las partes", dado que esta teoría considera que las relaciones de los elementos producen una nueva totalidad, que a su vez, tiene unas nuevas propiedades.

⁷Sobre el término 'hibridación' se recomienda el texto de Canclini García, Néstor. **Culturas híbridas**. México: Grijalbo 1989.

sociedad. El sistema médico brinda una salud 'híbrida'⁸ donde los grupos particulares se estudian y se tratan y atienden bajo un código universal objetivo mas pretencioso que humano.

Ahora bien, no es dable hablar solamente de un sistema médico único dado que en la realidad se dan diferentes sistemas especializados; los cuales, han existido y aún coexistido a través del tiempo; por lo tanto, se puede hablar de los sistemas médicos primarios, secundarios, terciarios y complejos. (En el gráfico 1. se visualiza la matriz de los sistemas médicos complejos).

Gráfico 1. Sistemas Médicos Complejos
(Matriz de Análisis Cultural de la Salud)



⁸San Martín, Hernán, Pastor Vicente. **Economía de la salud**. Madrid, España interamericana MC Graw Hill 1989.

Los sistemas médicos complejos se originan por la hibridación de los diferentes sistemas reconocidos, entre los cuales se encuentran, como ya se dijo, el primario, secundario, terciario; es así, como todo sistema de la salud debe tener una complementariedad con los otros sistemas, creando coherencia en las micro - relaciones y las macro - relaciones para orientar adecuadamente las políticas y los servicios.

4.1.2. Diferentes Concepciones de la Salud: En el clásico concepto hipocrático de la salud se contempla la relación entre las micro - relaciones y las macro - relaciones y la coherencia entre los sistemas. Ahora bien, el concepto tradicional de salud que ahora se busca rescatar, se basa en la definición de Hipócrates que dice: "Para conocer la salud y la enfermedad es necesario estudiar al hombre en su estado normal y su relación con el medio en que vive, e investigar al mismo tiempo las causas que pueden perturbar ese equilibrio".⁹ En esta definición se toman en cuenta los saberes populares y se ve al hombre como ser holístico.

En el Dibujo No. 1 (de Dairo Sánchez B.) se puede observar el concepto tradicional de salud, el cual varía según el espacio y el tiempo. Este concepto tiene en cuenta los conceptos específicos considerados por los diferentes sistemas médicos. Por ejemplo, en América Latina se fusionan los conceptos del sistema indígena, español y africano.

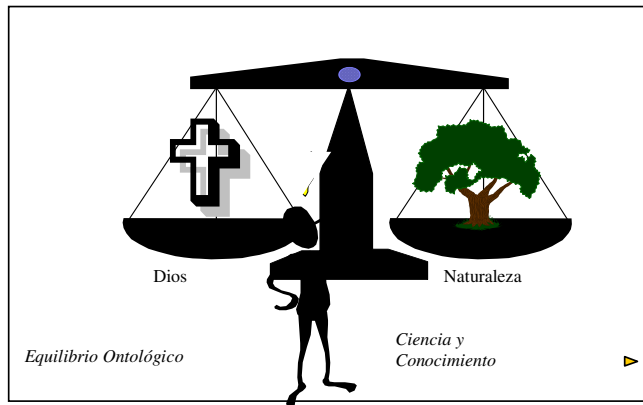
En el sistema médico indígena, la curación y la enfermedad eran de origen sagrado, la salud se daba por la concordancia de un equilibrio entre Dios y la naturaleza /¹⁰ al contacto con ellos el chamán, con sus ritos religiosos reestablece el equilibrio

⁹ Saavedra, Op. Cit.

¹⁰ ver San Martín 1966

perdido cuando se diagnóstica la enfermedad. Esta ritualidad primitiva lleva implícita la identidad cultural y colectiva.

Figura. 1. Concepto tradicional de la salud



En el sistema médico español el concepto de la salud estaba hibridizado por las creencias de los Egipcios, los Griegos, los Árabes, y de la cristiandad. Con la llegada de los esclavos a Colombia, se entremezclan los sistemas existentes, con el sistema africano, al incorporar estos últimos rituales y las prácticas ancestrales por los esclavos. Al hibridizarse estos varios sistemas médicos se produjo un concepto latinoamericano de la salud muy complejo y bastante discutible en sus aplicaciones.

Partiendo del concepto tradicional, la concepción de la salud ha evolucionado involucrando lo biológico, lo físico, lo psicológico y lo social; pero no todos estos componentes aparecen en forma equilibrada porque se ha tendido a dar mayor relevancia a lo biológico, buscando crear un bienestar fundamentado en lo instrumental. En otras palabras, el concepto siguió imbricándose hasta hoy en día en donde se observa la salud como un fenómeno multifactorial; el cual, se obtiene al interrelacionar indiscriminadamente lo genético, el ambiente, los servicios de la salud y el comportamiento; pero prosigue imperando lo técnico y se sigue pensando en la salud como no enfermedad.

Otro analista de la salud es BLUM quien afirma que para que haya salud, debe

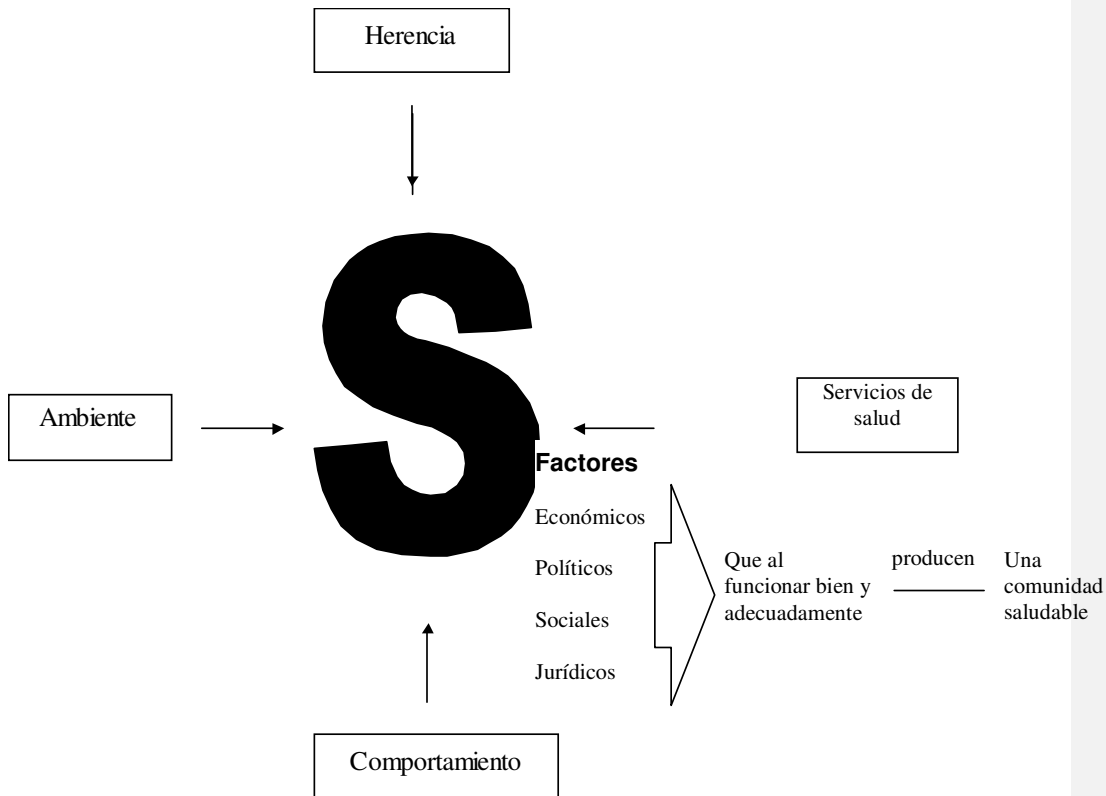
buscarse un equilibrio en las micro-relaciones de los siguientes factores: servicios de salud, cultura de la salud, medio ambiente, comportamiento, factores genéticos. (Véase al respecto el dibujo No 2).

Del concepto de Blum se pasó al concepto de Smilkestein donde el concepto de la salud involucra los diferentes factores como son la promoción, la prevención, el paciente, la familia, la comunidad, lo social, lo psicológico, y lo físico, dándole gran significación todavía a lo biológico – curativo y sigue dogmáticamente imperando el concepto de la salud como no enfermedad.

Con estos nuevos desarrollos conceptuales aparece una nueva dimensión de lo que se entiende por salud ya que se piensa que 'atendiendo la enfermedad' a gran escala se involucran por ende los principios de eficiencia y eficacia, lográndose así generar una mejor salud.

Un nuevo modelo de salud más elaborado por Blum y Lalonde en 1974 postula que el nivel de la salud está determinado por la interacción de cuatro subsistemas: el hereditario, el ambiental, el comportamiento y los servicios de salud.

Figura 2. El concepto de la salud de Blum



Por otra parte, en el análisis de las macro-relaciones, la salud se da como un producto de diferentes factores como son:

El ser humano al encauzar todo su potencial creativo hacia lo material y al acostumbrarse a verse a sí mismo de una manera fragmentada y al no reconocerse como ser holístico, originó en sí una crisis de identidad social y económica; esto ha llevado a muchos a enfrentar severos traumas depresivos inherentes, al suicidio y al aumento de embarazo en las adolescentes, a la violencia que lleva implícita el estrés, a la drogadicción, al aumento de los presupuestos para la guerra, al aumento de la población desplazada, a la contaminación ambiental, a la destrucción de nuestro propio mundo, al armamentismo apocalíptico que tiende a acabarnos

como especie, y finalmente a destruir nuestro planeta como consecuencia de una infinita población viviendo en condiciones infrahumanas, ante el aumento de la desnutrición y reaparición de algunas enfermedades que se suponía ya habían sido erradicadas .

El desarrollo de la producción industrial, el consumo de las materias primas utilizadas por los monopolios transnacionales que agotan los recursos naturales, la dependencia económica de tantos países que dependen de unos pocos que controlan la economía mundial, el neoliberalismo, la política internacional expansionista, la división inequitativa del trabajo, la explotación de los recursos energéticos y de las materias primas, produjo la concentración de los capitales, lo que agudizó la desigualdad social y económica que ha "paralizado" al mundo, manteniendo al ser humano supeditado a un ínfimo nivel de vida, malviviendo en un contexto donde aumentan la violencia, las torturas, las dictaduras, el militarismo, dando origen así a la mayor industria mundial: la industria de las armas. En síntesis, se ha patentizado la cultura de la no salud, se ha entronizado la cultura de la muerte.

El panorama mundial de la salud es crítico: países ricos armados; dependencia creciente de los países pobres, guerra y violencia asociadas directamente a la agresividad, al estrés y a la sicosis; se acrecienta el aumento de los presupuestos para la guerra; no hay inversión productiva pero si hay crisis socioeconómica, desempleo, contaminación y polución, producto todo esto de las ansias de dominación y de poder.

Para la solución de los problemas, en el año de 1986 se decía que para acabar con la pobreza de 500 millones de niños pobres en el mundo se requería de 100 millones de dólares (esto equivale a 100 bombarderos estratégicos, o, al costo de 2 submarinos de guerra), los que además ayudarían a erradicar el analfabetismo mundial. De otra parte, con lo que se invierte en la construcción de 245 cohetes se aliviarían las demandas para la educación de los países subdesarrollados y la sexta parte de los gastos militares de los países desarrollados aliviarían la deuda del tercer

mundo.¹¹

Los recursos que se gastan en la guerra en Colombia servirían para construir un mejor país con unas condiciones mejores, donde el ser humano mejore su calidad de vida.

Viviendo en estas condiciones el ser humano se siente inseguro social, económica, biológica y culturalmente, obviamente este hecho se traduce en una gran morbilidad, aumentando por consiguiente el consumo de los servicios de salud, originando en consecuencia un mayor trabajo en los Agentes de la Salud, trabajo eminentemente técnico basado en la enfermedad, lo que ha conllevado a una atención puramente curativa sin tener en cuenta lo sicosocial, lo individual y lo colectivo. La gran importancia dada a lo biológico y a una salud totalmente curativa llevó, como se dijo antes, a un gran desarrollo de la tecnología promocionándose un auge de la industria farmacéutica, creándose nuevos materiales y sofisticados equipos, en fin se dejaron de lado casi totalmente los factores psicológicos y sociales al tenerse en cuenta nuevas prioridades.

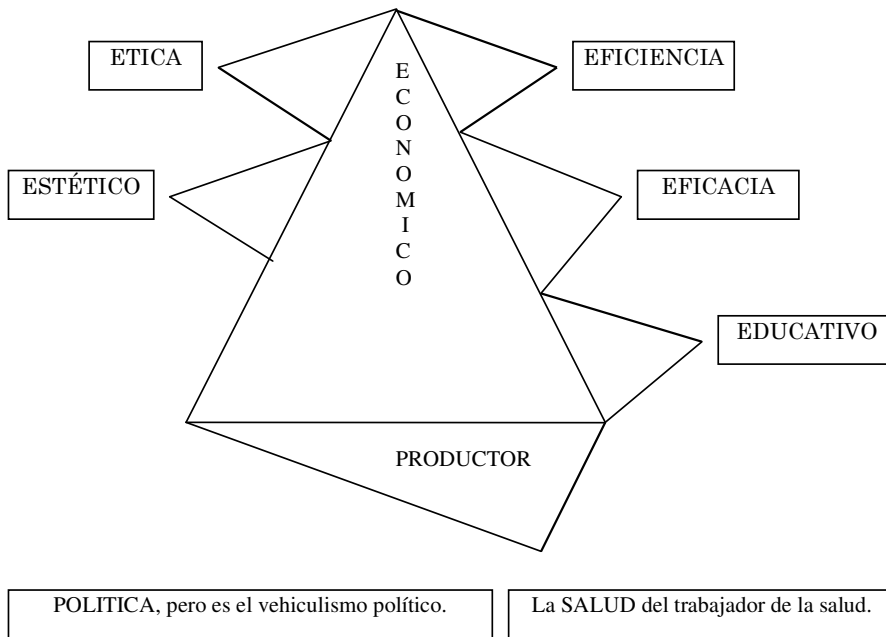
El aumento de la técnica y la racionalidad instrumental hizo pensar al ser humano que él sería algo así como un "Dios" en el universo. El hombre en su afán de producir a menor costo, le dio gran valor a la eficacia, a la precisión, al saber técnico, pero al hacerlo así ha deshumanizado cada vez más su propia condición natural.

Con todo esto la salud actual se caracteriza por darle gran importancia al aspecto económico teniendo en cuenta la oferta y la demanda en la atención curativa; se ha venido diciendo que se busca la eficiencia bajando los costos, pero disminuyendo los salarios del personal de la salud: se contrata a pocos meses, sin las prestaciones concedidas por la ley; se busca la eficacia diseñando los programas únicamente para el riesgo biológico: se continua así con el paradigma de la salud como no

¹¹ Ver San Martín 1966

enfermedad, desconociendo lo social, lo ético, lo estético y lo educativo, y la salud del profesional de la salud. En el gráfico No. 4 se visualiza el concepto de la salud actual (hoy).

Gráfico 4. La Salud Actual



Fuente: Rosa Cristina Miranda A. Año 2.000.

4.1.3 Análisis de la Ley 100 de 1993: Con la expedición de la Ley 100 de 1993 se produjo una profunda transformación en la prestación de los servicios de salud; esta modificación, causó un impacto de grandes proporciones sobre las condiciones de la salud de la población colombiana. A continuación se presentan algunas consideraciones sobre los antecedentes que llevaron a dicha promulgación y sobre los efectos de la aplicación de la ley.

4.1.4 Antecedentes a la Promulgación de la Ley 100: La promulgación de la Ley 100 estuvo rodeada de diferentes antecedentes internacionales y nacionales que han contribuido a la manifestación de una serie de problemas detectados a partir de su aplicación, se pasó de una salud proteccionista a una salud regulada por la oferta y la demanda; con la primacía del mercado y supeditado la salud a las fluctuaciones de la economía, se redujeron enormemente los derechos de la población, ya que para las grandes multinacionales lo más relevante es el aspecto financiero.

En efecto, las normas impuestas por el Banco Mundial (BM) y el Fondo Monetario Internacional (FMI) se basaron en la medicina flexneriana, cuyas principales características son: i) incremento de la demanda por los servicios de la salud; ii) cambios tecnológicos acelerados; iii) aumento de los costos; iv) aumento en la superespecialización (atención fragmentada); y v) burocratización¹².

Ahora bien, las consecuencias del proceso flexneriano donde se ha aplicado han sido: la crisis fiscal de los servicios de la salud; la pérdida de la autonomía del paciente; la mala comunicación entre el agente de la salud y el usuario; la burocracia institucional que coloca las condiciones para la atención; la influencia económica de los honorarios con las tarifas fijas; y la desaparición de la relación entre el agente de la salud y el usuario. En general, los sistemas de la salud en el mundo se han reformado para: aumentar la cobertura en la salud, mejorar las condiciones de la salud, lo que implica: bajar los costos en la prestación de los servicios, equidad (dar apoyo a los sectores menos favorecidos) y satisfacer al usuario.

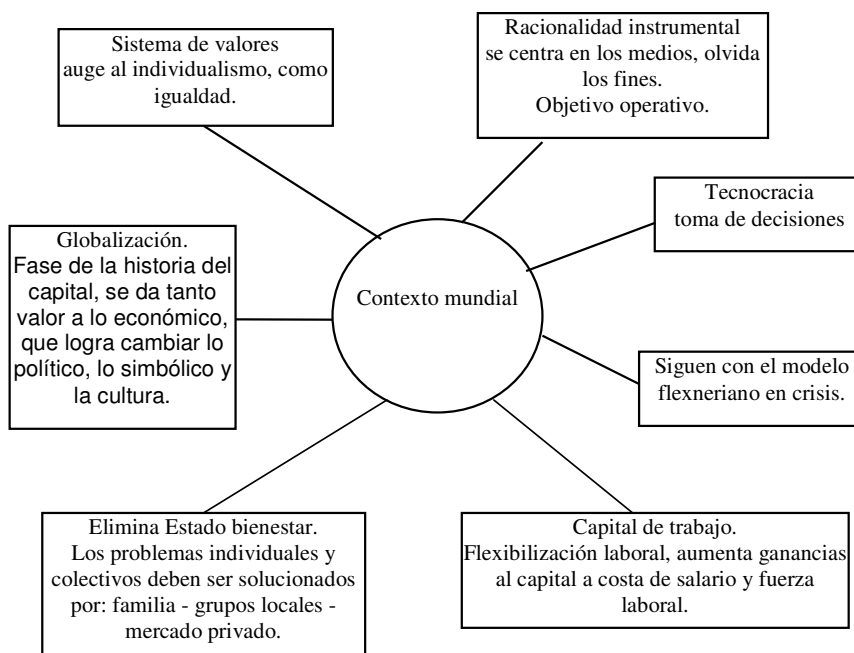
Bajo estas premisas, el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional recomendaron la aplicación de acciones políticas, financieras, y de gestión que conllevaran a un cambio institucional y organizacional; sin embargo estos cambios no tuvieron en cuenta el contexto latinoamericano y no lograron los resultados

¹² Cano, Carmona, Blair 1998.

esperados. Como por ejemplo en Colombia en donde la reforma de la salud, se hizo teniendo en cuenta el contexto mundial; en el cual, ha estado imperando la modernidad tardía o postmodernidad, como colofón de este entramado se sabe que el capitalismo post-industrial crea sus propios intereses y los defiende en detrimento de lo más necesitados, de las grandes masas de seres humanos desarraigados.

A continuación se presenta en el Gráfico No 02, un resumen de la concepción del Banco Mundial para recomendar las políticas a seguir, en materia de la salud;

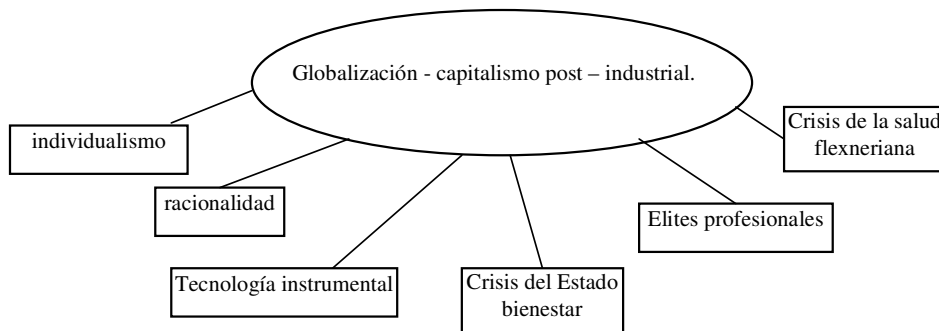
Gráfico 2. Resumen de la concepción del Banco Mundial para recomendar las políticas a seguir.



Fuente: Cano Carmona Blair 1998

y en el Gráfico 3. se pueden visualizar las características del capitalismo post-industrial.

Gráfico 3. Representación gráfica del capitalismo post – industrial



Fuente: Cano Carmona Blair 1998

Al imponer estas políticas de corte neoliberal a los países tercermundistas se desconoció que cada país tiene una circunstancia especial en cuanto a lo histórico, lo político, lo cultural, lo económico y que no pueden desconocerse estas premisas para lograr un desarrollo eficiente en los servicios de la salud.

Al realizarse en los países tercermundistas la expansión económica de los países industrializados, la internacionalización política, la globalización cultural con cambios políticos, económicos y sociales, se obligó a todos estos países a dar un cambio forzoso, sin estar preparados para asumirlo.

En efecto, los países tercermundistas para poder acceder a un crédito para su desarrollo deben cumplir con las normas impuestas por el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional, ésto conlleva a crisis muy difíciles de manejar. Ejemplo de ello fue el caso de la crisis de la deuda externa del año de 1982 que obligó a los países tercermundistas a equiparse de una serie de ajustes como:

- ✓ Reducción del gasto público. Este gasto se recorta generalmente en el área social, ocasionando crisis en los sectores de la salud y la educación

(infraestructura, planes, programas, etc.) afectando la calidad de vida de la población.

- ✓ Reducción de la inversión y de las importaciones, baja en los estímulos a las exportaciones, liberación de la legislación para fomentar la inversión extranjera, devaluación y control salarial, disminución de la nómina del sector público; además, se implantaron medidas fiscales para aumentar el ingreso del Estado.

En Colombia en el año de 1990, con la llegada al poder del Presidente César Gaviria Trujillo, se introdujo el concepto de la "modernización" del Estado, modernización que implicaba la apertura, la privatización, la descentralización, el estímulo a la inversión económica, la liberación de las importaciones, la eliminación de los estímulos a las exportaciones, conceptos que se encontraban dentro de las recomendaciones del Banco Mundial y del FMI.

Entre los años de 1991 y 1994, durante el gobierno del Dr. Gaviria, su política tuvo como objetivo elevar el nivel de la salud de la población, mediante acciones curativas y en una mínima parte, prevención de la enfermedad y promoción de la salud.

4.1.5 Efectos de la Promulgación de la Ley 100 de 1993: La promulgación de tal ley y su aplicación ha creado un caos en la salud en Colombia. Los diferentes cambios dados a partir de dicha promulgación crearon la necesidad de adecuar las instituciones de la salud, para que toda la población tuviera seguridad social; estas adecuaciones no estuvieron acordes con las necesidades físicas del país, ni con los niveles educacionales y psicológicos de la inmensa mayoría de sus ciudadanos.

Si se observan con detenimiento las instituciones de la salud en Colombia, se

encuentra que no se han adecuado ni podrán adecuarse al nuevo sistema, porque ellas por lo general presentan crisis financieras en su totalidad, problemas de calidad y de falta de oportunidad para obtener sus servicios, carencia de acreditación, problemas con pasivos prestacionales, hospitales en crisis, instituciones prestadoras de servicios (IPS.) no rentables y empresas encargadas de brindar estas seguridades.

En este proceso de cambio, se dio inicio a la descentralización, pero se ignoró la participación ciudadana. La descentralización es efectiva solo si se efectúa con participación de muchos, debido a que la participación es el timón principal y el motor generador del desarrollo; por ésto es necesario que todos los actores participen responsablemente y ayuden a modernizar al Estado.

La salud en este tiempo ha enfrentado serias dificultades económicas. Para afrontar estos problemas se inició un viraje desarticulado con la descentralización de los hospitales, creándose con ello un caos de imprevisibles proporciones por no haber lineamientos claros, ni políticas concisas; con la descentralización se le ha dado mayor relevancia al aspecto financiero. Se busca entonces con ello la autosuficiencia de las instituciones y se mira sólo el interés financiero, desconociendo que lo más importante de la descentralización es la participación; pero como sería lo lógico, ésta debe efectuarse paulatina y cuidadosamente; sin embargo, como tal vez se desconoce en su amplitud el significado de la participación ciudadana, se hace urgente la interacción de un idóneo y capacitado grupo profesional para lograrlo.

Los problemas antes mencionados y la falta de acciones concretas tendientes a mejorar la salud pública, dan lugar a una gran deficiencia en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

La ley 100 de 1993 se promulgó supuestamente para solucionar los problemas de insuficiencia de los recursos, para ampliar la limitada cobertura, para corregir la inequidad, para elevar la baja calidad de los servicios prestados en la salud, pero

por otra parte, con la aplicación de la ley 100 de 1993 cambia el sistema asistencial dado por un estado benefactor, y se pasa a un sistema asistencial de libre mercado que afecta directamente los pocos recursos de que disponen enormes masas flotantes de usuarios empobrecidos.

Ahora bien, los problemas en el cambio de las políticas de la salud surgieron debido a que ni las instituciones, ni el personal de la salud, ni los usuarios se prepararon para aplicar, analizar y debatir la ley 100 de 1993. Por lo tanto, se observa un manifiesto descontento por la reforma precipitada en la salud. En consecuencia, se ha creado una crisis institucional, una crisis del agente de la salud y una crisis en el usuario, se observa entonces en la actualidad ante esta situación una salud sin rumbo; por lo tanto hay que encontrar con urgencia caminos que ayuden a "generar salud" armónica y eficiente.

Aunque para unos pocos beneficiados la aplicación de la ley 100 de 1993 fue la solución a los problemas de la salud existentes, para otros, la gran mayoría, consistió en acabar con lo poco que se había logrado en el país en materia de la salud, ya que la ley desconoció totalmente algunos avances que se habían logrado, quedando esta ley y su aplicación muy controvertida porque en la actualidad se oscila entre la confianza y la duda, ya que unos la consideran viable y otros con sólida argumentación dudan de ella.

La reforma, como era de esperarse no involucró a todos los actores, y peor aún, desconoció gran parte de la realidad nacional; la ley no se debatió a fondo, no se realizó un programa propio para la salud, se continuó siendo consumistas de políticas foráneas y carentes de reflexión. No logro una inteligente comunicación entre los actores que redactaron la ley, y se ignoraron los agentes de la salud y los usuarios, se desconoció la igualdad de derechos, se empantanó el camino que se requiere construir si es que de veras somos sinceros en el proceso de dignificar nuestra nacionalidad.

Ahora bien, con respecto a la tan cuestionada ley 100, surgen las siguientes

preguntas, con muy pocas respuestas que satisfagan esencialmente, a los interesados.

- ✓ ¿Cómo pasar de una atención fácilmente curativa, a una atención integral?.
- ✓ ¿Quién con suficiente autoridad y profesionalidad debe evaluar la calidad en la atención de la salud?.

A su vez, en cuanto a la reforma con la imperancia que esta ley exige, surgen también algunos interrogantes:

- ✓ ¿Cuál es la estructura jurídica?.
- ✓ ¿Cómo se van a financiar los diferentes programas?.
- ✓ ¿Cómo se evalúa su impacto?.

En esta reforma el paciente dejó de ser prioritario y pasó a ser un cliente consumidor, demostrando así que la racionalidad de la ley es el mercado. Sin embargo, algunas veces se habla de que el sujeto de atención es el usuario (aquel que usa su decisión en forma consciente y autónoma) y aunque esto implica la participación en la toma de las decisiones en los servicios de la salud, en quienes lo reciben y en quienes los producen, en la actualidad y de una manera generalizada se desconoce esta participación.

Teóricamente dentro de esta reforma se promueven los grupos sociales, se busca su mejoramiento continuo, hipotéticamente se les debe dar la participación y consenso. Sin embargo, en estos grupos la participación ha sido manipulada y no se ha abierto una comunicación horizontal (ilocucionaria) en donde para lograrlo, se requiere de un cambio actitudinal y organizacional, tal como se verá más adelante.

La tarifas contempladas dentro de la reforma, dan siempre prioridad a la atención

curativa, pero la reforma debe llegar a una salud integral (promoción de la salud, prevención de la enfermedad, mejoramiento de la salud comunitaria y equidad) donde se puedan evaluar con propiedad los resultados, el desempeño, la calidad, requisitos en donde todos los actores se comprometan y respeten el derecho del usuario.

Como ya se dijo, la salud queda regulada por la oferta y la demanda, primando el aspecto financiero y el mercado; sin embargo, hay que tener en cuenta al prestar los servicios de la salud, la dignidad humana; en este sentido el trabajo para promover la salud debe estar regulado, reglamentado y coordinado con conciencia para no olvidar que se atiende a un ser humano y no un anónimo consumidor.

El éxito de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad depende de la educación a la comunidad y hasta el momento no se ha creado una nueva cultura de la salud para los agentes de la misma, para los afiliados y para los directivos de la institución a quienes concierne ejercer el debate.

A manera de síntesis, puede decirse que con la promulgación de la ley 100 de 1993 se buscó una seguridad social de mas amplia cobertura, pasando de la asistencia pública a una seguridad social más integral; pero la falta de los recursos físicos y humanos no ha permitido que se cumplan como sería lo ideal los principios constitucionales de la universalización, la equidad, la eficiencia, la calidad y la satisfacción del usuario. Las buenas intenciones de los legisladores no han podido hacerse realidad sino parcialmente por cuanto diferentes factores contradictorios han impedido dicha realización.

El sistema como regulador del mercado entre la oferta y la demanda, no tuvo en cuenta que la crisis económica llevaba a que menos personas pudieran estar en el régimen contributivo, aumentando la franja del régimen subsidiado, por lo que no ha podido cumplir con los objetivos propuestos.

Los cambios que implica la ley 100 de 1993 se han tenido que hacer tan

rápidamente, que no se ha involucrado bien a ninguno de los tres actores, para que sean copartícipes conscientizados en la creación de una nueva cultura de la salud.

A pesar de que se han aumentado los servicios para la salud curativa, sigue la congestión en la atención hospitalaria; a pesar del aumento del personal médico y de la infraestructura, la salud no mejoró, ya que ésta debe ser generada adecuadamente teniendo en cuenta los riesgos biológicos y sociales, para alcanzar a trascender el paradigma técnico e infuncional que lleva implícito la salud como no enfermedad.

El país se caracteriza por lo deficiente en el tratamiento de la salud a pesar de que con la ley 100 de 1993 se buscó aumentar la cobertura de ella, mediante la creación del régimen contributivo y el régimen subsidiado; tales regímenes no han tenido el desarrollo esperado debido quizás a las cortapisas impuestas por la misma clase dirigente y su respectiva fronda burocrática.

El problema de insuficiencia de recursos financieros se ve agravado por diversos factores. Por ejemplo, para el año de 1998, la evasión del régimen contributivo fue de la suma de ochenta mil millones de pesos (\$80.000.000.000.00) y el incumplimiento del pago de la Nación al régimen subsidiado fue de la suma de quinientos cuarenta y un mil novecientos millones de pesos (\$541.900.000.000.00). Se encuentran, además hospitales en crisis por iliquidez, por falta de fluidez de los recursos económicos, la deuda calculada de las Empresas prestadoras de Servicios de Salud (EPS) de Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) de la red pública, representan un total de trescientos veintiocho mil quinientos cincuenta y nueve millones de pesos (\$328.559.000.000.00) de la cartera consolidada en el año de 1998 y para el año de 1999 se calculó que sería de la suma de cuatrocientos cincuenta mil millones de pesos (\$450.000.000.000).¹³

¹³ Rueda Pérez, Gilberto En: Registro Médico, Abril 1999, Vol 2. No 10, Pg. 4

La deuda del Estado con el Instituto de los Seguros Sociales a 1999 es de la suma de sesenta (60) BILLONES suma que cada vez se incrementa más. Ni que decir de la deuda del Seguro Social con los hospitales, que es cuantiosa.

4.1.6 Los Actos Comunicativos: Es un hecho que ante la crisis del sistema de la salud, se presenta también una crisis sicosocial del profesional de la salud, volviéndose normal la creciente situación de profesionales de la salud sin vínculo laboral, agravado ésto por la existencia de funcionarios corruptos y malos administradores; con ello se demuestra también que se está en Colombia con una no salud¹⁴. Por lo tanto, el saber técnico debe ser replanteado, la crisis actual de la salud debe conducir a una reflexión sobre el hacer cotidiano de los actores, develándose la verdadera realidad local, departamental y nacional, diseñando programas propios que estimulen la identidad nacional y que propendan por una formación humanística. Para superar el conflicto entre los poderes debemos ayudarnos con todo y darnos conjuntamente en beneficio de la población, sin darle tanta importancia a la comodidad individual.

Para esta nueva formación humanística se requiere de un cierto tipo de lenguaje teniendo en cuenta que para una buena comunicación el discurso debe ser afectivo e interactivo y a su vez, este mismo "logos", debe superar lo técnico y recuperar tan fragmentada esencialidad de lo humano.

Porque es generalmente aceptado que el lenguaje no solo sirve como medio de comunicación y cohesión, sino como herramienta para que el hombre conozca y aprehenda su realidad por la identificación de sus símbolos, por sus necesidades prioritarias, por sus afectos y por sus experiencias, con miras a cohesionar comunicantes relaciones socioculturales. Además por ser el lenguaje una ciencia humanística genuina, la comunicación debe llevar a un encuentro del hombre

¹⁴ Gilberto Rueda Pérez. Carta a la Junta Directiva de la Asociación Médica Colombiana. Periódico. Registro Médico, Abril 1999, Vol. 2, No.10, Página 4.

consigo mismo y con los otros, esforzándose en crear nuevos caminos en su actuar. El hombre al integrar en su vida lo biológico, lo afectivo, lo intelectual, lo social, lo histórico, lo cultural, por medio del lenguaje auto-orientará su vida transformando su realidad vivida en una nueva realidad más plena y vital.

Este lenguaje tendrá en cuenta que la salud está permeada por la cultura y ésta a su vez por los actos comunicativos.

Con el fin de poder develar los problemas presentados en la comunicación por los diferentes actores que intervienen en el proceso de la salud, en este acápite se hace referencia a los actos comunicativos, a los códigos binarios, a las clases de los discursos, con el objeto de crear los caminos que lleven no solamente a una comunicación honrada y ética sino también a una comunicación enmarcada dentro de la estética.

Estos caminos requieren analizar cómo es la comunicación actual entre los directivos de las instituciones de la salud, entre éstos y los agentes de la salud; a su vez, entre los agentes y los usuarios para buscar que la comunicación entre los diferentes perfiles de odontólogos, conlleve a un buen entendimiento entre ellos y de esta manera disminuyan paulatinamente los conflictos existentes entre las diferentes esferas del poder.

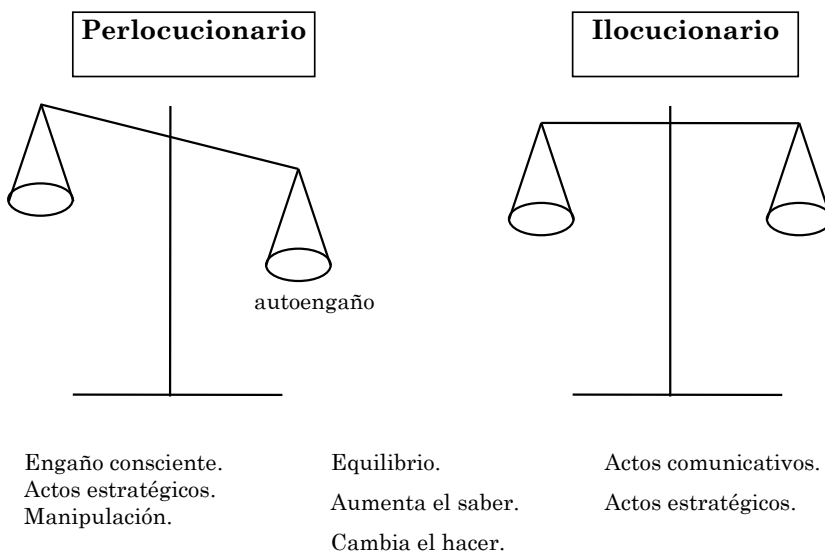
Se entiende y se percibe el acto comunicativo como un mediador del diálogo de saberes, y a través de esta función debe el lenguaje contribuir a su vez a mediar el conflicto con la acción de unos actos estratégicos – que lleven a la reflexión – rescatando así la diversidad de saberes que son producidos en el intercambio de conocimientos.

De otra parte, el acto comunicativo se hace manifiesto según sea la intencionalidad del hablante, por lo que se lo puede clasificar como perlocucionario o ilocucionarios (Ver gráfico No. 5).

El acto comunicativo perlocucionario es el mediado por el poder.

El acto comunicativo ilocucionario es aquel que se da en igualdad de condiciones, de relación horizontal (de igual a igual).

Grafico 5. Los Actos Comunicativos



Fuente: SÁNCHEZ BUITRAGO, Dairo. Taller de línea. Manizales 1997.

En el acto comunicativo ilocucionario se puede tener una acción estratégica para variar el concepto cultural¹⁵. Si en este acto comunicativo se da un conflicto creativo, este acto conlleva a una reflexión técnica o a un diálogo crítico que transforme el hacer. Toda acción comunicativa debería basarse en actos ilocucionarios en los cuales el conflicto creativo se traduce en una actitud

¹⁵ Véase Pérez Tapias, José Antonio. **Filosofía y crítica de la cultura**. Madrid: Trotta 1995, Aquí el autor aborda las bases antropológicas de la cultura (mito, ciencia, ideología), apunta a las

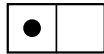
liberadora. En ellos se valora igualmente la técnica, la ética y la estética y se manejan con responsabilidad científica los códigos binarios.

El ser humano desde el punto de vista antropológico no dirige la evolución social de los sistemas, sino que los mismos sistemas lo dirigen y crean una comunicación con viñetas (aquella que se caracteriza por ser perlocucionaria y crear códigos con diferentes valores).

Toda comunicación debe ser plural. Los códigos binarios son el sustrato de las comunicaciones, no debe haber códigos dominantes porque todos deben tener igual importancia. En la cotidianidad se pueden agrupar los factores políticos, económicos, sociales y psíquicos, de tal forma que cualquier acción puede ser involucrada en cualquiera de ellos. (En el gráfico No. 06 se observa la relación de los códigos binarios en equilibrio).

Cuando en los códigos binarios se le da mayor valor a uno de los factores, hay desequilibrio. Al ser binario, el desequilibrio dado hace que uno anule al otro. Actualmente, en la comunicación se le da mayor importancia a lo financiero, a lo monetario; por darle mayor valor, se desconocen lo político, lo social y lo psicológico, dándose un desequilibrio entre los códigos mencionados.

Grafico 6. Códigos Binarios



Político	Económico
Social	Psíquico

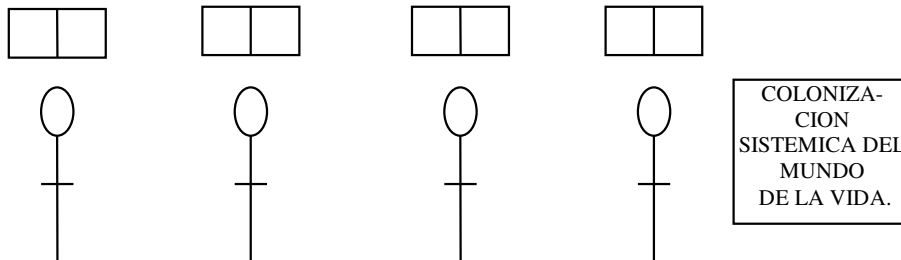
Fuente: SANCHEZ BUITRAGO DAIRO, Taller de línea Manizales, 1997.

En el Gráfico 7, Relación de los Códigos, se pueden observar los casos de:

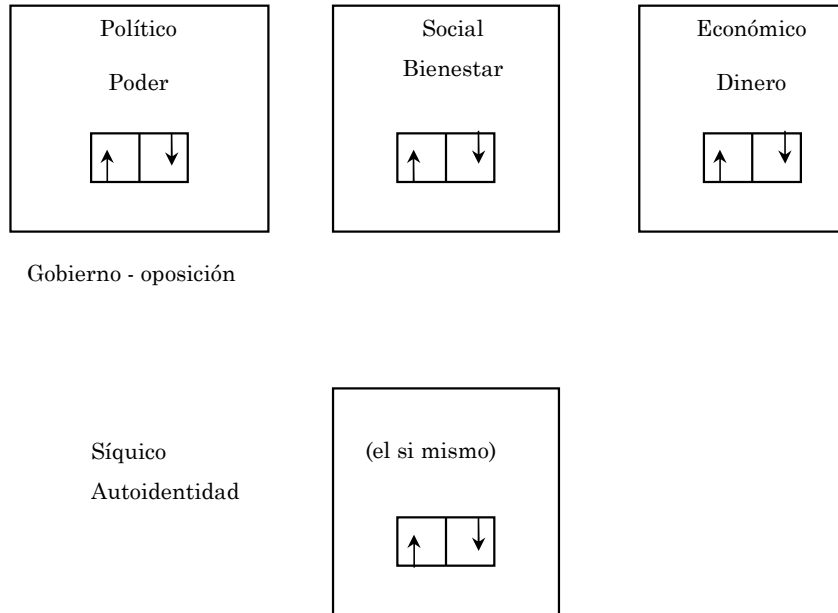
- a) Al predominar el sistema económico, éste le impuso a otros sistemas los códigos, dándose la colonización sistémica del mundo.
- b) Cuando predomina el sistema político, este se asocia con el poder y la comunicación, tiene derecho a la verdad quien tenga el poder, los demás serán manipulados por los medios.

Gráfico 7: Relación de los Códigos

- a) Predomina el sistema económico



b) Predomina el sistema político



Fuente: SÁNCHEZ BUITRAGO, DAIRO. Taller de Línea. Manizales 1997.

4.1.7 Discurso: Por discurso se entiende el arte de conversar con sentido. En todo discurso se hacen preguntas de naturaleza ética, técnica y estética. Su fin es desestructurar el código binario, ayudado por la comunicación ilocucionaria que genere una reflexión para el cambio, logrando la colonización del mundo de la vida¹⁶, produciendo así una emancipación.

La comunicación debe tener un potencial de protesta para tener un elemento crítico discursivo formalizado; la protesta discursiva recoge el código binario y lo destruye con el lenguaje.

¹⁶ Sobre este concepto ver Melich, Joan-Carles. Del extraño al cómplice. Barcelona: Antropos, 1994, pp. 69-101.

Dentro del concepto del discurso se encuentra el discurso cotidiano y el discurso interactivo. En el discurso cotidiano, quien inicia el diálogo, tiene el poder. En este discurso se inicia el diálogo con un sentido positivo, en este diálogo no se hacen preguntas desde lo técnico, lo ético y lo estético. (Ver gráfico No. 8).

El discurso interactivo modifica el conocimiento (X1) y da un resultado (X2), se crea un nuevo saber metafórico, científico-técnico e interactivo. Pero no se debe olvidar que la tecnología puede pauperizar la cultura, pero también la puede enriquecer. En el gráfico 09 se visualiza la manera como se da el discurso interactivo.

Gráfico 8 El Discurso Cotidiano

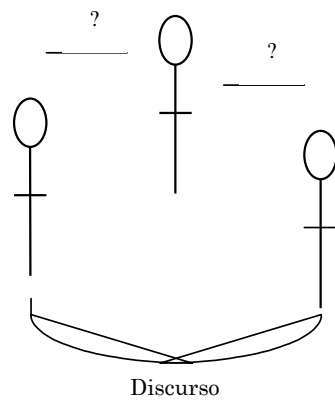
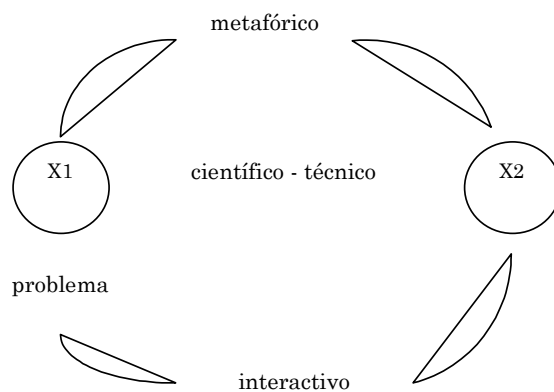


Gráfico 9. El Discurso Interactivo



Fuente: SÁNCHEZ BUITRAGO, DAIRO. Taller de Línea. Manizales 1997.

4.1.8 La Comunicación Honrada: La comunicación honrada implica tener argumentos relevantes, expresión precisa, delimitación del tema que a su vez este incluya otros códigos y formas de expresarse, debe llevar a una ética comunicativa y participativa que permita la coexistencia de las opciones morales, debe dinamizar la pluralidad de los puntos de vista, debe incentivar normas morales post-convencionales, donde coexistan armoniosamente la reflexión del hacer y la certidumbre de qué hacer.

Colbert estableció tres categorías de comportamiento: Pre-convencional, Convencional y Post-convencional.

a) Comportamiento Pre-convencional: Se obra como se dice que se debe actuar.

b) Comportamiento Convencional: El proceder se analiza y aún no estando de acuerdo con el proceder, se actúa como está establecido.

c) Comportamiento Post-Convencional: se actúa según la reflexión, teniendo en cuenta cuál es la acción correcta, a pesar de contravenir las normas.

Todo investigador debe conducir el obrar, al comportamiento post-convencional. En todo comportamiento se pasa inicialmente por el comportamiento pre-convencional y el comportamiento convencional. La reflexión y el buen comportamiento moral son los que conducen al comportamiento post-convencional.

4.1.9 La Ética en la Salud: Al valorar los diferentes conceptos de la salud, se encuentra que el espacio de filtración que puede unir todos esos conceptos para crear uno nuevo, es la ética.

Friedo Ricken dice en su libro *Curso Fundamental de Filosofía, Ética General*: "En toda acción humana hay que evitarle al hombre un dolor innecesario pues todo dolor afecta la libertad de acción, su finalidad es el obrar humano teniendo en cuenta lo justo y lo responsable".

El mismo autor hace las siguientes referencias con respecto a la Ética:

- ✓ La ética es la rama de la filosofía que estudia lo justo. La ética es una disciplina básica que involucra lo individual y lo social.
- ✓ Ética es un obrar recto y con sentido. Teniendo en cuenta la ética, se debe reflexionar sobre el hacer cotidiano, evaluar si la atención curativa asociada al paradigma del mercado, va a lograr la salud en la comunidad.
- ✓ La ética tiene como pilar la filosofía, y como disciplina, la parte investigativa.
- ✓ La ética dice cómo deben conducirse los hombres para la paz, la responsabilidad que deben tener con el medio ambiente, cómo deben conducirse hacia un orden económico y social justo. Al darle tanta relevancia al aspecto financiero, el hombre se debe preguntar ¿Estamos seguros de estar construyendo una sociedad más justa?
- ✓ La ética de la ciencia es el manejo de las responsabilidades; la ética debe tener en cuenta la técnica, la moral cotidiana y tener como finalidad la praxis consciente y responsable que lleve a obrar en determinadas circunstancias, teniendo en cuenta el aquí y el ahora, la ética enjuicia nuestro obrar y el de los demás.

Ricken igualmente habla de una ética asociada a la moral que se caracteriza por ser justa, tener reglas y actividades que regulan el comportamiento humano. Este comportamiento humano debe originar una sociedad civil autónoma, comunicativa, pluralista, solidaria, creativa y participativa. Al tener un comportamiento responsable se tiene conciencia moral de lo que es recto y lo que se debe hacer para generar la salud.

4.1.10 La Estética en la Salud: Como se expresó anteriormente, el discurso debe preguntarse sobre lo estético. ¿Qué es preguntarse por lo estético? Preguntarse por lo estético es diferenciar que es lo artístico y lo no artístico, es ahí en donde la estética se convierte en una rama de la filosofía que estudia el arte, pero este arte debe develar la relación que existe entre el sujeto y el objeto, teniendo en cuenta el contorno cultural de manera que pueda comprenderse, para entenderlo de una manera explícita y consciente. Todo arte lleva implícito lo original, lo auténtico y lo universal. La estética se pregunta sobre el mundo, sobre el otro y sobre si mismo. Toda obra de arte es un proceso subjetivo que se debe objetivar. Por ejemplo: El Canto Chamánico es un poema, una obra de arte con un contenido, una forma, una técnica y una intencionalidad en donde debe existir un funcional equilibrio entre todos sus componentes.

La estética contribuye también a lograr caminos para el reencuentro de lo técnico y lo ético; la reflexión estética no es frecuente en la cultura moderna occidental; la estética lleva a la reflexión sobre el objeto. El objeto, que es su obra, implica la relación del sujeto y del objeto, con ello se unen la sensibilidad y el entendimiento en el conocimiento de una relativa totalidad.

La estética es una rama de la filosofía orientada hacia la comprensión e interpretación del arte, proviene de la palabra griega *aisthesis* que significa sentimiento, sensibilidad, sensación, facultad de captar por los sentidos, percepción, conocimiento y consciencia. Siendo la estética la ciencia del sentido y del sentir: "la

ciencia de lo humano".La estética al establecer la relación armónica entre lo subjetivo y lo objetivo ayuda a develar con justeza lo material, lo técnico, lo espiritual y lo humano.

Retomando anteriores premisas expuestas en esta obra, la cultura matrística se centra en la estética; por lo tanto, es la armonía del mundo natural que lleva a reconocernos como humanos y por ende, nos ayuda a la cooperación, a la participación, y a encontrarnos además como seres conscientes y activos dentro del universo.

4.1.11 Conclusión: A manera de conclusión pueden hacerse las siguientes consideraciones:

- ✓ Es muy importante tener en cuenta la comunicación que se da entre los tres actores (directivo, agente de la salud, usuario) para promocionar la salud. La promoción en los planes para la salud consiste en un conjunto de actividades que las distintas personas e instituciones realizan para lograr una mejor salud; tiene como base la educación y las políticas verdaderas para la salud.
- ✓ Generalmente la promoción de la salud en Colombia es informativa y no genera cambios en el comportamiento de los usuarios. Las pocas veces que se hace promoción a través de la comunicación, se da una comunicación perlocucionaria, en lugar de emplear una comunicación ilocucionaria que de lugar a un diálogo de saberes, participación biloencional donde se de lucidamente la relación horizontal (de igual a igual).
- ✓ Para cambiar la actitud de los actores que intervienen en la promoción de la salud se debe propiciar el acto estratégico: creando un conflicto, una reflexión y una crítica. De acuerdo con esta reflexión los actores deben preguntarse:

- ¿Qué es lo ético, como puede la ética generar la salud?.
- ¿Cómo se educa dentro de un marco humanístico a la sociedad para generar la salud?.
- ¿Están las políticas de la salud conduciendo eficazmente a generar las opciones para lograrla?.
- ¿Estas políticas tuvieron en cuenta la realidad nacional?.
- ¿Actualmente, cuál es el concepto que la política tiene de la salud?.

En un intento de responder parcialmente estos interrogantes consideramos que:

- ✓ El cambio de una salud benefactora a una salud mercantilista se planeó bajo la óptica de la participación efectiva de los tres actores: directivo, agente de la salud, usuario; sin embargo, en la actualidad se observa un desconocimiento total de la participación, demostrando que no se ha involucrado a todos los actores con igualdad de responsabilidades para sacar el sector de la salud oral adelante.
- ✓ Se deben buscar estrategias que conduzcan a un desarrollo con rostro humano, como dice Max Neef ¹⁷

Es incuestionable la necesidad de fomentar con responsabilidad académica el estudio de las ciencias humanas a nivel de colegios y universidades.

Un profesional de la salud en cualquiera de las áreas de su especialización debe, por su condición misma de serlo, un hombre culto; interesado en alguna o en varias de las disciplinas humanísticas: ensayo filosófico, literatura, música, etc..

4.2 LAS TRES VISIONES ACTUALES EN LA SALUD ORAL

¹⁷Ver Max Neef, Manfred et al. Desarrollo a escala humana de Colombia: editores 1997

Para arribar a un mejor conocimiento de las visiones que en el presente se tienen acerca de la salud oral, se inicia primero con un recuento de lo que ella ha significado a través de la historia, hasta llegar a lo que en la actualidad representa. Los perfiles de los odontólogos y sus características distintivas se analizan desde la perspectiva de la odontología hoy en día.

4.2.1 La Salud Oral en la Historia: El concepto de la salud oral no se ha dado con fechas históricas fijas sino que ha variado según el espacio y el tiempo.

En la Grecia antigua, se asoció el concepto de la salud oral al concepto de la salud general, para estar saludable se requería del equilibrio entre Dios y la naturaleza. Se veía al hombre holísticamente.

Los indígenas americanos le dieron importancia a la cavidad oral. Los indígenas tenían rituales en los que se incrustaban piedras preciosas para demostrar el poder, limpiaban sus dientes con las raíces de las plantas originando un autocuidado cultural. Al igual que en otras culturas, precolombinas, los mitos y los símbolos también jugaron un papel importante, ejemplo de ello era como los indígenas al ver una estrella fugaz pedían protección para sus dientes. Para los indígenas la enfermedad era un pecado expiable y el chamán al colocar su saliva en el punto doloroso sacaba la enfermedad. Aquí se observa un autocuidado cultural y todavía el hombre se sigue relacionando con su entorno.

En el territorio Americano, con la venida de los Españoles la salud oral recibió la influencia de las diferentes culturas, entre las más importantes están: la Hebrea, la Islámica, la Egipcia y la Griega.

De la cultura Hebrea se recibió como influencia de sus sacerdotes, el hábito de cuidar su boca para no disminuir su poder religioso, se inició un autocuidado y se cuida de lo bello; de la cultura Islámica se obtuvo la costumbre de enjuagar la boca,

ellos consideraban la boca como la puerta de entrada al cuerpo; que da origen a los hábitos saludables; de la cultura Egipcia, con la cual se inició la segmentación humana, se heredó la costumbre que tenían desde el año 1550 antes de Cristo, en la que cada médico curaba una enfermedad diferente; se inició la técnica en la salud oral donde se lograba unir los dientes flojos con alambre; de la cultura Griega se recibió como influencia la importancia de los hábitos saludables para evitar los problemas dentales, los griegos hablaban de la predisposición natural del hombre para evitar las enfermedades, con ellos se inicia la promoción en la salud oral, al hacer énfasis en la limpieza de los dientes y las encías. Todas estos aportes más o menos asimilados por los españoles, se hibridaron con las culturas encontradas en América.

En el siglo XIX, se inicia el auge de la técnica y se inician las escuelas de ortodoncia, de periodoncia, de rehabilitación, vino luego el auge de las clínicas dentales, de los materiales e instrumentos de uso odontológico, surgieron numerosos inventos y se dio comienzo a la búsqueda de un material que pudiera ser lo más similar a lo natural. La irrupción aglutinante de la técnica hace que el odontólogo comenzará a olvidarse de la importancia de cuidar lo natural.

En la mayor parte del siglo XX, el odontólogo se convierte en un artesano, está ansioso de usar los nuevos materiales y orienta su atención a rehabilitar al paciente y se olvida de generar la salud; a pesar de ello, un pequeño grupo de odontólogos empieza a replantearse la necesidad de cómo promocionar adecuadamente la salud oral.

Desde la perspectiva de la atención odontológica actual y analizando sus características, se encuentran tres perfiles de los odontólogos; en la manera de prestar la atención: El odontólogo tradicional, el odontólogo salubrista y el odontólogo administrativo. Como cada cual desde su enfoque cree tener la razón, se espera que logrando una buena comunicación se logre llegar a acuerdos que definan el perfil competente del odontólogo que se requiere en la actualidad.

4.2.2 El Odontólogo Tradicional: La imagen del odontólogo tradicional en su praxis cotidiana, es el que se ha dedicado a un trabajo artesanal, operativo, con técnicas cada vez más precisas para aliviar la enfermedad; no obstante sólo se ha dedicado a valorar los dientes y no a los seres humanos; su trabajo, “encerrado” en el consultorio, “le ha convertido en un topo”; esta condición de aislamiento no le ha permitido aprehender el trabajo comunitario, actuar en concordancia con sus colegas integrando un equipo activo e interdisciplinario.

La racionalidad occidental ha llevado al odontólogo tradicional a dividir aun más al ser humano y no a tratarlo holísticamente, deshumanizando su práctica y generando una epidemiología positivista; previene, orienta pensando en la enfermedad, pero no vislumbra el método funcional que genere la salud oral; el trabajo arduo y repetitivo lo convirtió en un atlas (en el sentido en que puede ir con toda la carga)dentista alguien temido para muchos debido a la labor mecánica que realiza.

Este profesional debe ahora reflexionar sobre su hacer, sobre su trabajo teórico y práctico para ayudar a crear el nuevo rumbo que debe asumir la odontología, teniendo en cuenta que se está en un país con condiciones económicas difíciles y para mayor calamidad, en guerra; por ello se requiere que todos los profesionales analicen el contexto y revalúen su praxis. Ya que su concepto de la salud oral está asociado a una odontología curativa, las medidas preventivas solo se han visto reflejadas en los estratos medio y alto; pero en los sectores más vulnerables, o sea el estrato bajo y el estrato medio bajo presentan resultados poco satisfactorios, y si a ésto se le agrega el dato estadístico que el 80% de la población colombiana debe subsistir con un salario mínimo, es difícil hablar pragmáticamente de una salud oral integral.

Si el odontólogo tradicional se ufana de ir adquiriendo cada vez técnicas más complejas y excelentes, debería preguntarse: ¿Cómo puedo ayudar con mi trabajo a que la población colombiana adquiera conciencia acerca la salud oral?. Para dar respuesta concisa a este interrogante este odontólogo debe reflexionar sobre su

praxis cotidiana, sobre la técnica, sobre su trabajo artesanal.

Además, otro de los problemas que afronta este profesional se encuentra enquistado en las reglamentaciones que impiden el cambio considerando que su trabajo se evalúa de acuerdo al número de enfermos que trata y no en cuanto enfermedad previene y en cuanto salud promociona.

Para vencer otras dificultades concomitantes con su labor, debe preguntarse: ¿Cómo trabajar para erradicar el miedo que suscita mi profesión.?, ¿Cómo trabajar para concientizar al usuario en contra de la idea de dolor asociada al ejercicio de mi labor?.

En las últimas décadas, el odontólogo se ha dedicado casi exclusivamente a prestar una atención curativa y se ha alejado un poco desinteresadamente de la realidad social de su comunidad. A pesar de que a partir del año de 1997, al odontólogo se le involucró en los programas: Salud Integral para el Infante-SIPI y la Familia Gestante, posteriormente fue retirado de estos programas y no pudo conocer adecuadamente los problemas palpitantes de su comunidad, su retiro en mal momento se produjo por que se llegó a la errónea conclusión de considerar que los programas de promoción para la salud y prevención de la enfermedad no eran rentables; buscaban así disminuir costos a un mínimo de plazo, actuando de esta manera en detrimento de la modernización de su trabajo.

Los programas de promoción y prevención si son rentables para las instituciones, pero para que sean efectivos no se debe buscar la promoción de salud oral, explicando únicamente el cepillado con la auxiliar de higiene oral, el odontólogo debe también educar y valorar al paciente como un ser integral y no como un simple enfermo anónimo sin identidad espiritual.

La última investigación llevada a cabo por el Doctor Benjamín Erazo Acuña, en este campo y cumplida en el año de 1995 en Colombia, fue realizada con una población de 36.500 personas de diferentes edades, estratos socioeconómicos y lugares dio

como resultados las siguientes conclusiones: las enfermedades orales como la caries dental y la enfermedad periodontal, siguen teniendo mucha morbilidad en la población; la higiene bucodental es deficiente, la técnica del cepillado es inadecuada, en un 90% de la población objeto del estudio se presenta la gingivitis, en un 90%, hay antecedentes de caries dental, en un 90%, se encuentra apiñamiento dentario en un 90% de la población estudiada. Casi todo esto es producido por los hábitos inadecuados ya que el hombre nace sano estomatológicamente en el 99% de los casos, también se encontraron abscesos de origen dentario y la necesidad de prótesis. Estos desalentadores resultados obtenidos por la investigación del Doctor Erazo, deben llevar a los odontólogos a replantear el desempeño cotidiano de su profesión.

Las soluciones diseñadas por el Ministerio de Salud para las patologías orales de alta morbilidad fueron eminentemente técnicas: mas odontólogos, mas higienistas orales, flúor en la sal de cocina; esto ya es un avance significativo pero obviamente debe estar bien regulado ya que se vienen presentando con frecuencia alarmante casos de fluorosis; fuera de ésto, se tiene un odontólogo formado en un currículo que se basa en un 90% para curar la enfermedad y solo un 10% para generar la salud. La técnica ha llevado a ver solamente las bocas y no a los seres humanos. El hacer solo en el consultorio, ha llevado al odontólogo a ser un topo donde ha sido muy difícil integrarse para trabajar interdisciplinariamente. La productividad rentable de su trabajo se mide sólo teniendo en cuenta el número de pacientes que trata.

El tiempo tan limitado en la práctica odontológica, no han dejado replantear algunas veces la praxis. Se sabe que se debe humanizar más la profesión, pero en su aplicación el actual sistema de la salud no lo permite. En los programas para la promoción de la salud, se habla de un actuar interdisciplinariamente, pero al efectuar la atención cada integrante del equipo interdisciplinario debe actuar solitariamente, evitando que se de una interdisciplinarietà, ¿Contradicción?.

La odontología colombiana institucionalizada está en crisis, las tarifas pagadas a los profesionales no corresponden a su condición académica, investigativa, intelectual y

socioeconómica. El odontólogo es sometido a diferentes presiones para poder subsistir, y lo que es mas grave, no ha reflexionado para generar soluciones creativas al conflicto tanto personal como social y nacional.

A los profesionales recién egresados les toca someterse a trabajar bajo contrato, sin prestaciones laborales, o en el peor de los casos, a ganar un salario de acuerdo con lo que producen, como si se tratara de la paga de un jornal.

Los odontólogos en la actualidad se sienten maltratados, convertidos en mercaderes de la salud curativa y esta estrechez de miras los ha conducido a valorar solo bocas, dando tan solo importancia al aspecto dental, convirtiéndose a la larga en simples dentistas, no valoran el sistema estomatognático y aún mucho menos a los seres humanos, se logrará quizás a veces prever el riesgo biológico pero ignora el riesgo social, que es en definitiva, el que desde ya debería comenzar a tenerse en cuenta para neutralizar en el porvenir un mal de inusitadas proporciones a la colectividad.

4.2.3. El Odontólogo Administrador: El odontólogo administrador sólo busca la productividad (eficiencia-costos), su atención está orientada solo a aliviar la enfermedad, evalúa el trabajo del profesional por la cantidad de usuarios que trata, cree que al efectuar la actividad curativa a gran escala llegará a generar la salud oral. Este odontólogo es un "guerrero", un patristico cuya única mira es el valor económico, impone sus normas de atención, sin dejar espacio al diálogo y a una reflexión sobre el hacer cotidiano.

El criterio parcializado de la racionalidad, lo condujo sólo a mirar el aspecto económico; el odontólogo administrador pretende que el odontólogo tradicional trabaje aún sin que exista un mínimo de condiciones para un trabajo digno, pues en numerosas ocasiones, falta lo más indispensable para las normas de bioseguridad; los implementos de trabajo son muchas veces insuficientes y deteriorados y espera

que el odontólogo tradicional actúe como un “minero”.

El odontólogo administrador es casi un dictador, pues no permite la interdisciplinariedad, no vislumbra futuro para la salud oral, siempre ve al odontólogo tradicional efectuando un trabajo artesanal, se evidencia una honda falla en el nivel de exigencia que con ellos mismos deberían hacerse para dar lo máximo de sí; según lo anterior, ellos requieren entonces de una reflexión profunda que los conduzca a una atención más eficiente y humana.

El convencimiento que tienen de que su epidemiología positivista es incuestionable, los ha conducido a diseñar programas encaminados a tener mas higienistas orales; mas odontólogos no calificados; sobrefluorización; mayor productividad en el trabajo artesanal.

Aplican la ley 100 de 1993 pero poco reflexionan sobre ella. Como el rigor de esta ley ha conducido sus acciones limitando su profesión, a continuación se entra a efectuar un intento de análisis de los principios neoliberales que se encuentran dentro de esta ley desde el comienzo mismo de su vigencia.

La Ley 100 de 1993, llamada también Ley de la seguridad social, tiene como objetivo que todos los colombianos tengan acceso a un paquete de servicios de la salud. Para ampliar su cobertura, la Ley 100 de 1993 creó dos sistemas: Sistema del régimen contributivo y el Sistema del régimen subsidiado. En el régimen contributivo los ingresos se obtienen mediante aportes de los trabajadores y las empresas. En el régimen subsidiado los ingresos se obtienen por aportes del régimen contributivo y del gobierno, con los cuales se alimenta el fondo de solidaridad para dar en teoría, salud a los más necesitados.

Los cambios en los sistemas de salud, buscan una mayor amplitud en la salud, generando consciencia para dar más calidad, productividad y eficiencia; sin embargo, esta ley se basa en conceptos puramente técnicos, deshumanizando cada vez más la labor del profesional de la salud, se sigue dividiendo al hombre sin

considerarlo como un ser integral, y aunque se habla de un tratamiento en apariencia holístico, se le da al profesional un tiempo mínimo de atención, lapso donde él no puede establecer una verdadera comunicación con el paciente (ser humano). El profesional de la salud no ve sino el tejido, el órgano, el diente pero en muchas ocasiones se olvida que se atiende a un ser humano.

Veamos los principios de la Ley 100 de 1993: eficiencia, universalidad, solidaridad, integridad, unidad, descentralización y participación.

a) Eficiencia: para prestar los servicios de atención a la salud en forma adecuada, oportuna y eficiente se requiere de una mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles. En la ley 100 de 1993, esta norma no se cumple porque se le da excesiva importancia a la salud como NO ENFERMEDAD y aunque ella habla de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, se sigue dando mayor relevancia al curar la enfermedad y no, como hemos insistido en esta tesis a su promoción y prevención anticipada.

b) Universalidad: La universalidad requiere de una verdadera protección para todas las personas sin discriminación, en todas las etapas de su vida; este punto, tampoco se cumple. Pues se observa que cuando hay un mayor ingreso económico, interesadamente se da una mayor calidad en el servicio.

c) Solidaridad: Es la práctica de la mutua ayuda entre las personas, los sectores económicos y las comunidades, regidos por el principio Darwiniano de la dominación del más fuerte sobre el más débil, desconociendo que de acuerdo a la ética médica se debe proteger prioritariamente al sector más vulnerable. Bajo el imperativo de este cuestionable principio nace el Fondo de Solidaridad y Garantías (FOSYGA) y se acuerda, que por cada peso que den los trabajadores, el Gobierno coloca otro peso, pero luego el Gobierno, en un decreto posterior, informa que no colocará el peso por el déficit fiscal, quitando el 50% al presupuesto de dicho fondo.

Como en Colombia se ha generalizado la cultura de la evasión, el 90% de los

trabajadores informan que ganan menos de dos salarios mínimos y no aportan al FOSYGA, y para completar, por presiones sindicales, el Gobierno aceptó que sectores de la población como ECOPETROL, el Senado de la República y las Fuerzas Armadas, queden exentos de pertenecer al régimen de la Seguridad Social. Actualmente el Consejo de Estado dio un fallo en contra de esta anomalía.

d) Integralidad: Se define como la cobertura de todas las contingencias que afectan la salud, la capacidad económica y en general las condiciones de vida de la población; dentro de este criterio cada cual recibirá lo necesario para atender sus contingencias. La integralidad se apoya en el principio de la solidaridad, en él las personas que están sanas, ayudan a proteger a las personas enfermas y de escasos recursos.

e) Unidad: Ella se da por la articulación funcional de las políticas estatales, de las instituciones privadas y oficiales, de los diferentes regímenes, de los diversos procedimientos para alcanzar la tan anhelada seguridad social.

Actualmente, no se han creado redes efectivas para analizar, criticar y valorar las inconsistencias de la reforma, además según lo interpretado por cada directivo, se actúa de una manera desvertebrada y anarquizante.

f) Participación: Se entiende como participación, la intervención de la comunidad para la organización, el control, la gestión y la fiscalización de las instituciones del sistema en conjunto. No existe una participación efectiva. Esto es cierto. Realmente la participación de los diversos sectores comprometidos con esta problemática es escasa y manipulada. Tampoco hay participación de los agentes de la salud para el cambio, las órdenes son dadas sin concertación ni verificación de su cumplimiento.

g) Descentralización: Se desliga la responsabilidad constitucional del Gobierno central para cederla sin previsión a lo regional, a lo local. Esta errónea medida confunde entre sí los conceptos de lo económico y la gestión. Esta norma es tal vez

ideal para manejar un sistema de salud, siempre y cuando se excluya la única mira fijada de lograr la solidez económica, como se ha pretendido; se hace urgente entonces descentralizar los recursos que sean necesarios para que los entes descentralizados asuman las responsabilidades que les competen; ya que el Gobierno central es el que define cómo y cuándo se envían los recursos a los diferentes entes departamentales y municipales, y estos generalmente llegan disminuidos y con meses de retraso.

Frente a esta situación lo funcional sería lo contrario. La descentralización con recursos propios ayudaría a que cada institución local se desarrolle de acuerdo con sus verdaderas necesidades. Al evaluar el impacto de la ley 100 de 1993 se encuentran, hasta abril de 1999, cerrados en la ciudad de Santafé de Bogotá, D.C., los siguientes hospitales: el Lorencita Villegas de Santos, el Instituto Neurológico, la clínica San Bartolomé de las Casas, la clínica Santa Rosa de Lima, y lo alarmante es que están al borde del cierre: el Hospital San Juan de Dios y el Instituto Materno Infantil. Existen también un gran número de Instituciones Prestadoras de Servicios - IPS cerradas, numerosas personas sin derecho a una atención oportuna, generándose con ello una crisis total de la salud y un atraso en su desarrollo, al negarse un principio básico e inalienable de la comunidad. En vía de cierre se encuentran otros hospitales como son: el servicio de urgencias del Hospital Universitario de Cali, el Hospital Santa Ana de Cartago (cerrado desde el mes de Agosto de 1998), el Hospital Erasmo Meoz de Cúcuta, el Hospital Rosario Pumarejo de Valledupar. Muchos hospitales presentan un gran pasivo prestacional. Ante la inminencia de este maremagnum se les puede hacer entonces la pregunta: ¿Este camino conducirá a una salud meritoria, será posible algún día aspirar a una salud oral integral?.

4.2.4 EI ODONTOLOGO SALUBRISTA

En las últimas décadas, algunos odontólogos han reflexionado sobre su hacer,

revaluando la atención curativa y analizando la realidad social de su comunidad. A pesar de que a partir del año de 1997, al odontólogo tradicional se le involucró en los programas: Salud Integral para el Infante - SIPI y la Familia Gestante, el odontólogo pudo en parte conocer su comunidad; pero como posteriormente el odontólogo fue retirado de estos programas, se perdió continuidad en el acercamiento que se dio al profesional con la comunidad.

El odontólogo salubrista tiene una visión más holista, valora el trabajo comunitario y ve en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad un camino posible para generar la salud oral, por la simple razón de que si tiene en cuenta el valor sico-social, el factor integracionista de lo humano.

El odontólogo salubrista puede ser un conciliador entre el odontólogo tradicional y el odontólogo administrativo; puede ayudar a construir el trabajo interdisciplinario, pero este sabio, redentor, y a la vez chamán, no puede construir un mundo ideal; debe buscar caminos alternos y estar consciente que todo proceso de cambio, debe tener un Hermes, un intermediario, (míticamente hablando), que sirva de enlace con los diferentes poderes para lograr producir un equilibrio entre las tres figuras enunciadas, teniendo en cuenta además las exigencias y restricciones que imperan en un mundo supuestamente globalizado.

De acuerdo a lo anterior, Surge la pregunta: ¿Será que el odontólogo salubrista puede llegar a ser mediador entre el odontólogo tradicional y el odontólogo administrativo?.

Adelantemos una respuesta: la odontología no puede seguir existiendo a costa de las enfermedades prevenibles, la promoción en la salud oral y la prevención de la enfermedad ayudaran a la vida del ser humano; no solo se debe estar pendientes de disminuir los costos económicos en la salud oral, sino también en mejorar la calidad de vida de todos nuestros conciudadanos. Debido a los contratos cada tres (3) meses, al trabajo a destajo, a 'tenerle' que rendir pleitesía al político de turno para poder mantener su empleo, a tener que multiplicar sus horas para poder lograr

una calidad de vida que la sociedad culturalmente se lo exige. Todos estos condicionamientos superfluos ha lesionado su autoestima.

El odontólogo salubrista reconoce el sentido de lo humano para lograr una atención integral, tiene en cuenta además los planes que diseña buscando la salud oral; tomando como ejemplo los resultados de la investigación adelantada por la Unidad de Salud Pública de la Secretaria de Salud de Medellín llevada a cabo por el Doctor Eduardo Miranda Rojas, se obtuvieron los siguientes datos: el 50% de los escolares no sabe usar el cepillo, el 78% no maneja la seda dental, se desconocen las consecuencias del mal cepillado, generalmente el cepillado de los niños se hace sin la asesoría de los adultos, los hábitos alimenticios no se tienen en cuenta para educar al paciente, los niños siguen consumiendo una gran cantidad de dulces e ignoran el beneficio de las frutas, los lácteos y los jugos (Rojas 1999).

El odontólogo consciente de su deber al reflexionar sobre su hacer encontrará nuevos caminos para una atención integral en la salud oral, dará una atención más holística y humana, encausará la odontología hacia más altas metas, disminuirá las diferentes presiones negativas para poder subsistir. Este odontólogo modelo, sí comprende que la salud oral debe ser replanteada, buscará la manera de salir de su aislamiento y se dispondrá a liderar el cambio.

Por otro lado el odontólogo típico al ceder al consumismo se le generó una crisis de identidad, se siente maltratado por las instituciones, se sabe minimizado por las políticas de la ley 100 de 1993 y se reconoce preocupado por el futuro. En cambio al reflexionar sobre su verdadero hacer, crea caminos, traza nuevas pautas para ambicionar a una odontología competente para la salud integral; ya que la carencia de su identidad no le ha permitido crear y desarrollar sus propios programas, cediendo por fin a la utilización mecánica de programas foráneos que se hallen a su alcance para suplir las crisis del sentido de su hacer.

Por lo tanto es a las instituciones de la salud oral integral a quienes les corresponde demostrar que son eficientes, comprometiéndose igualmente a generar una

verdadera política social que ayude al desarrollo del país, garantizando bienestar social.

Este bienestar debe implicar una responsabilidad del gobierno, de la clase política, de los trabajadores, de los empresarios y de la comunidad en general.

Pero queda una sugerencia para hacerle a las instituciones de la salud. ¿Por qué no se crea un estímulo económico para el número de usuarios que se mantengan sanos dentro de los planes previstos en la aplicación de las patologías prevenibles?.

Para lograr generar la salud oral es necesario cambiar de rumbo, se debe contar con un profesional que sepa promover la salud oral integral, que mire al paciente holísticamente, que sepa trabajar en equipo, que pueda participar en la interdisciplinariedad y que conozca a fondo la problemática de la realidad del país.

Los odontólogos deben modificar el concepto de la salud oral para desligarlo de la enfermedad y de una odontología curativa, este cambio debe ser eficaz y duradero, teniendo en cuenta la complejidad del contexto colombiano y latinoamericano.

Se requiere también de una reforma de los hábitos para efectuar el viraje hacia una verdadera odontología que de la importancia que merece a la cultura, a lo mítico, a lo simbólico, al profesional y a la comunidad.

La odontología es una carrera al servicio de la humanidad. La profesión no puede seguir existiendo a costa de la enfermedad, ya que la promoción de la salud oral y la prevención de la enfermedad dará felicidad a la comunidad y disminuirá los costos económicos en la salud oral.

Respecto a los planteamientos que hemos venido considerando, cabe preguntarnos: ¿Por qué la salud no ha variado positivamente en Colombia?. Si se toma la definición del Ministerio de Salud de la República de Colombia que define salud como bienestar físico, moral y social, se observa que en vez de avanzar en busca de

logros para tener una comunidad cada vez más sana, se está retrocediendo hacia el pasado, hacia la época de un empirismo anacrónico.

¿Será que estas propuestas que estamos sustentando son ilusas, ó será que se sigue dando prioridad a una epidemiología positivista que, como afirmamos, es insuficiente?.

Es cierto, en Colombia se ha trabajado desde una óptica positivista para crear caminos que conduzcan a lograr la salud de sus ciudadanos. La salud se fomenta desde el punto de vista de aliviar la enfermedad a gran escala, sin tener una epidemiología real; lo cual, la ha llevado a ignorar que uno de los mayores problemas de la salud actual es la violencia y que ésta se acrecienta día a día debido a los problemas económicos y sociológico propios, y agudizados por un mundo globalizado y deshumanizante.

Colombia diseñó la ley 100 de 1993 para mejorar la salud pero en su aplicación desde el comienzo se observan muchas contradicciones en el ámbito de las micro y las macro relaciones, en las políticas y en los planes para la salud ya que no se ha creado un sistema consistente; en cambio, se han copiado y transplantado metodologías de otros países sin tener en cuenta el íntimo contexto de nuestra nacionalidad.

Los planes de salud en Colombia no se diseñan teniendo en cuenta el contexto en el cual se vive, se desconoce arbitrariamente en su elaboración el hecho insoslayable de que el 80% de la población recibe un salario mínimo precario, el agua potable sólo llega a un 60% de la población, y más la evidencia de que la salud y la educación son para privilegios de unos pocos; en su conjunto estas situaciones influyen negativamente en el desarrollo socioeconómico del país.

Porque lo obvio sería que todo programa delineado en bien de la salud, incluyera necesariamente la esfera biológica del ser humano, el aspecto psicológico y el entorno en el cual se desarrolla el individuo; sin embargo, en Colombia los

programas para la salud se trazan teniendo en cuenta solo la esfera biológica, ignorando lo sicosocial.

Tampoco se puede desconocer que actualmente mueren en Colombia por violencia 30.000 personas al año, conciudadanos cuya edad oscila entre 12 y 24 años, lo que significa que se acaba con una población joven equivalente a la población desaparecida en la ciudad de Armero (Tolima), en el año de 1985 y ésto traducido a cuatro años de muertes violentas, representa 120.000 personas muertas, lo que equivale a una población igual a la de la ciudad de Popayán (Manuel Rosenthal).

La violencia es una enfermedad soterrada que debe ser tenida en cuenta por los agentes de la salud, al analizar su desempeño cotidiano. Se sabe que los problemas económicos y sociales incidieron en el aumento de la violencia. Esta avalancha de muertes no se puede frenar mientras existan la corrupción y la injusticia social. ¿Qué hacer para ayudar a solucionar siquiera en parte esta problemática?.

Cuando se analiza la violencia como el primer problema de muerte en Colombia, compete a todos la responsabilidad de esforzarnos en: Qué hacer para lograr un país mejor. Si en las estadísticas del Ministerio de Salud, entre los años de 1990 y de 1994, se registró que de cada 100.000 muertes, 129 son por homicidios, se observa también que el 53% DE LA CONSULTA POR URGENCIAS SE DEBEN A LA VIOLENCIA Y ESO QUE EXISTE SUB-REGISTROS.

En las estadísticas oficiales de 1996 se registraron en Colombia 26.642 muertes violentas y 29.440 personas heridas por la misma causa. Cada uno, de cada tres colombianos muertos, muere a causa de la violencia y ésto se da sobre todo en la población juvenil.

Si se compara la situación de la salud en Colombia en el año de 1997, frente a la situación de los países industrializados en esa misma fecha, se encuentran serias diferencias, como se observa en la tabla 1.

Tabla 1. Comparativo entre la situación de la salud en Colombia y los países industrializados en 1997

COLOMBIA	PAÍSES INDUSTRIALIZADOS
La mayor causa de mortalidad es la violencia. 110 veces mayor que en los países industrializados.	La mayor causa de mortalidad son las Enfermedades cardiovasculares.
La Segunda causa de mortalidad es la desnutrición.	La Segunda causa de mortalidad es el Cáncer.
La tercera causa es la mortalidad infantil. 30 veces mayor que en los países industrializados.	La tercera causa de mortalidad son los accidentes automovilísticos.
Infecciones y parasitosis.	Infecciones más controladas.
Enfermedades por hábitos y modos de vida: arterioesclerosis, hipertensión, artritis y tabaquismo.	Enfermedades por hábitos y modos de vida.
Mala adaptación psicológica.	Mejor adaptación psicológica.

Fuente: San Martín

La crisis moral y social ha llevado a una baja autoestima del hombre colombiano, las tres últimas generaciones han tenido que aprender que la guerra hace parte de la vida cotidiana, da miedo contradecir, porque tener un pensamiento diferente puede costar la vida, hay una mayoría silenciosa que tiene el compromiso de actuar, de crecer para ser partícipe de las soluciones para una nueva Colombia, y uno de los elementos principales para el desarrollo, es la salud de la psiquis y el cuerpo y en nuestro caso, la salud oral integral.

Se debe actuar con inmediatez y comprendiendo que la situación actual ha dado pie a otra problemática: la de los desplazados y los desempleados.

¿Se debe entonces crear un nuevo paradigma de la salud?. La respuesta es afirmativa pero teniendo en cuenta que la salud es un fenómeno dinámico que se configura y se desconfigura día a día, en medio de las experiencias, las vivencias y las interrelaciones del yo, del tu, y del nosotros, que debe proceder desde lo individual a lo colectivo.

Pensando en esto nos vienen a la mente las palabras de GHANDI: "NO SE PUEDE PRETENDER NO SER VIOLENTO CON TANTA INJUSTICIA SOCIAL".

Luego de analizar la razón de este aforismo se requiere una reflexión del hacer cotidiano de los Agentes de la Salud, de los Directivos y de la Comunidad en general para que todos, con un diálogo comunicativo y reflexivo, programen las medidas a seguir para poder dar salud al sector de los más necesitados que son la mayoría, sin olvidar eso sí que la salud debe estar al servicio de la humanidad entera y no de unos cuantos privilegiados.

A su vez, todos los Agentes de la Salud en unión con los Organismos Nacionales de la misma, deben generar estrategias para crear armonía del recurso humano en la salud, donde la calidad, la eficiencia, la ética, el humanismo y la responsabilidad se impongan ante un mercado productivo, desordenado, masificado y alienante según la teoría marxista.

4.3 CONSTRUYENDO EL MAÑANA

Para construir el país que soñamos, se debe tener en cuenta la infancia, como referente principal, se debe ayudar a que se cumplan los derechos de los niños y de las niñas bajo las premisas de que todo infante tiene derecho a recibir amor, a ser cuidado por sus padres, por su familia, por la sociedad y por el Estado. Para que exista crecimiento económico sostenible, se debe entender que se requiere de un

desarrollo integral desde la infancia hasta que llegue aquel mañana anhelado en que el progreso de los países se valore por el cuidado y la protección que en todos los campos se preste a la niñez y a la juventud.

Al infante hay que estimularle su desarrollo integral, desde el momento en se concibe. Hay que rescatar el valor intrínseco de la persona porque la sociedad en la actualidad se ha automatizado, se ha masificado y se ha despersonalizado debido a la alienación, se requiere entonces y con urgencia hacer un alto en el camino para elaborar un proyecto de vida que concerte al ser humano como persona, como parte indivisible de la sociedad y del universo.

4.3.1 Hacia una Atención Integral en la Infancia: La niñez es la resultante de la interacción con la familia con la escuela, con la comunidad. De esta interacción nace el nuevo ciudadano, y con él los hombres y mujeres del mañana que así se tornaran: reflexivos, críticos, participativos, creativos, solidarios y comprometidos con la realidad social.

Se comprende bien que la procreación no es solo una tarea de la pareja, sino un compromiso de todos con la especie. Así al mejorar las condiciones de vida se nos involucra a todos para que luego revierta en una generación de individuos capaces de enfrentar la dificultad, superar el conflicto, convivir inteligentemente con las diferencias ideológicas o étnicas, disfrutar con lo que son y de lo que disponen, protegerse y proteger lo que les rodea.

De esta manera, la prestación de los servicios de la salud debe estar orientada a los principios éticos que garanticen una atención integral a la niñez, disminuyendo la morbimortalidad causada por las enfermedades que pueden ser prevenibles, diseñando estrategias para una buena promoción de la salud.

En Colombia y América Latina se requiere de una atención interdisciplinaria,

interinstitucional, con redes efectivas a favor de la infancia, de planes donde la atención en la salud trascienda lo biológico y lo fisiológico que es lo más relevante en la actualidad; superando esta barrera, se puede comprender mejor lo psicológico, lo social, lo histórico, lo antropológico, lo político, lo público, lo privado, lo ético, lo estético, etc. Para obtener así resultados específicos en donde se integren y se apoyen los procesos de la atención a la niñez, ya que la atención a la Infancia debe ser: Participativa, Democrática, Interinstitucional.

Los agentes de la salud y las instituciones respectivas deben involucrarse en los planes del desarrollo social, en la acción de la salud comunitaria y en la protección diseñada para la infancia. Entendiendo que estas tres propuestas están conformadas por personas naturales, jurídicas, gubernamentales, no gubernamentales, que se conjuntan y se coordinan interinstitucional e intersectorialmente para lograr una cultura, una estrategia y un desarrollo social con rostro humano, es decir que se fundamente en lo humanístico antes que en cualquier otra ideología divergente.

Ahora bien, refiriéndonos a nuestra problemática, Colombia sólo cambiará cuando las nuevas generaciones entiendan que la paz y la justicia social son un compromiso de todos; y todo esto se dará cuando la comunidad, las instituciones, y los diversos estamentos nacionales, logren aprender a cohesionarse, a trabajar en equipo y a utilizar bien los recursos económicos de la salud. Se requiere, lo reiteramos, construir un país más justo y solidario.

4.3.2 Problemas encontrados en la Atención Al Usuario y en la Madurez: La atención se da según el paradigma de la salud que maneje cada institución, cada directivo y cada agente de la salud. Sin embargo, hay que tener en cuenta que el nuevo paradigma de la salud oral integral debe ser construido por nuestros saberes, teniendo en cuenta el yo, el tú, el nosotros y el medio ambiente, creando una conciencia de autocuidado, que nos haga solidarios, justos, equitativos,

y no dando una salud pobre para los pobres como actualmente se imparte en Colombia.

El hombre debe entender que el desarrollo y el bienestar de los pueblos, se puede alcanzar cuidando al ciudadano desde el momento en que se piensa en su concepción para que él descubra su camino de bienestar y aprenda a vivir en el mundo. Para que el hombre pueda encontrar el camino deseado debe tener una óptima atención en la salud, la nutrición, la educación, debe ser capaz también de potenciar un desarrollo físico y mental que le permita tener una vida digna a cambio de trabajo, que pueda además decidir con libertad, ya que ésta es la condición primordial sin la cual no es posible alcanzar a ser lo que la historia espera de él.

A manera de solución preguntamos y proponemos respuestas:

✓ ¿Qué se puede hacer al respecto de los problemas planteados?

Involucrar a la comunidad, detectar sus necesidades y diseñar programas adecuados de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y entre todos buscar las soluciones.

✓ ¿Es conveniente el cambio?

No solamente es conveniente, es necesario, si se quiere una nueva Colombia. Se requiere que todos aporten para lograrlo; la situación actual no da espera, cada vez aumenta el número de infantes desplazados por la violencia, y hay mayor pobreza y disminución de las oportunidades para una vida digna, como se observó anteriormente.

✓ ¿Es urgente?

Si, y se debe tener en cuenta la crisis fiscal; pero como los colombianos son creativos, con la ayuda de todos se saldrá adelante pero se requieren: estrategias, compromisos, responsabilidades.

4.3.3. Diagnóstico del Problema: La crisis de la salud y la escasez de los recursos es percibida con angustia; no se dan ideas para el cambio, se realizan pocos foros donde se planteen soluciones para la crisis; hay una sensibilización transitoria para el agente de la salud; existe una comunidad desvertebrada y unas directivas que solo solucionan a medias los problemas inmediatos; pero, y esto es lo crítico ninguno de los tres actores tienen visiones de futuro. El problema de la salud es estructural, por lo tanto se requieren metas y compromisos a corto, mediano y largo plazo.

En la actualidad, los recursos son insuficientes para la salud; la crisis social se agrava cada día y conlleva a que los infantes, cada vez estén más desprotegidos; por todo ello se requiere de políticas, planes y programas adecuados que ayuden a salir a la sociedad de este atraso histórico y cultural en que se halla inmerso el país.

Para ayudar a la infancia, en el año de 1996 el ministerio de la Salud dentro de sus políticas estableció el SIPI (Salud Integral para el infante). El SIPI ha actuado con charlas informativas, sin lograr educar a fondo a la comunidad en la conscientización de sus responsabilidades verdaderas y no meramente burocráticas.

Para lograr el cambio se buscó trabajar interdisciplinariamente, es decir donde todo el equipo humano se comprometiera a educar y a solucionar los interrogantes de la comunidad, pero no se buscó el apoyo de las escuelas, de la comunidad, de la universidad, etc.. Por ello, estos proyectos de mejoramiento social prácticamente fracasaron al no tener en consideración lo substancial.

Mucho se ha hablado de la participación pero ella ha sido y es manipulada y no cumple con sus funciones. La participación de la comunidad es escasa, se sigue con los diálogos perlocucionarios y a pesar de que algunas veces se da el diálogo entre los actores, las reflexiones obtenidas no son creativas, no son autocríticas, en conclusión se diluyen en una vacua palabrería, en una desarticulada discursividad.

Colombia no está potenciando el desarrollo de sus nuevos ciudadanos porque a

todo infante desde que nace, se le debe incentivar su desarrollo para ir construyendo así paso a paso un nuevo ciudadano y una nueva ciudadana, con las siguientes características: solidaridad, autonomía, participatividad, creatividad.

En Colombia se descuida la salud de los infantes porque la inmensa mayoría no están protegidos por un sistema efectivo de seguridad social, urge prontamente detectar sus falencias y problemas para ayudarles a tiempo.

Al "evaluar" a los infantes en los programas para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, se observa que cada vez se crea mayor diferencia entre los que van a la educación pública y los que van a la educación privada. Creándose así una dañina dicotomía, programas "pobres" para pobres, y programas "ricos" para ricos.

Los Agentes de la Salud en formación están siendo preparados por los especialistas, teniendo en cuenta una atención de gran complejidad, donde se ve el órgano, el tejido, pero no se ve al ser humano como un ser integral, manteniéndolos alejado de la realidad social, incrementando así el aumento de una formación mecánicamente curativa y fraccionada.

Todos los estamentos de la salud se "quejan" de la falta de los recursos económicos, situación que se agrava porque la mayor parte de estos recursos se destina a la atención curativa. Debido quizás al déficit presupuestal, no se realizan planes y programas efectivos para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Esta actitud es injustificable, así como tampoco se exonera al Estado de su responsabilidad.

Los estudios estadísticos muestran que los mayores problemas de la salud en la infancia son:

<p>Infección respiratoria aguda IRA</p> <p>Maltrato infantil</p> <p>Desnutrición</p> <p>Enfermedad diarreica aguda EDA</p> <p>Caries dental</p> <p>Maloclusiones dentarias</p>	}	<p>Enfermedades que pueden ser disminuidas con una buena promoción de la salud y una oportuna prevención de la enfermedad.</p>
--	---	--

Se está acrecentando en forma violenta el maltrato infantil y se asocia éste no solamente a los problemas económicos que afectan a la sociedad, sino también a las instituciones de la salud, donde su única preocupación es la financiera; no obstante, si bien es cierto que se deben evitar las actitudes paternalistas, en la actualidad se debe proteger con prioridad a la infancia porque es precisamente la niñez la esperanza en crecimiento del futuro.

Las instituciones en la actualidad no están articulando el desarrollo de los infantes, sabiendo que son ellos la semilla germinal para la nueva Colombia. Los infantes cada vez más son víctimas de la guerra, de la prostitución infantil, y no podemos olvidar que fueron los mismos infantes quienes pusieron a reflexionar a una nación sobre la necesidad de la paz y la convivencia.

El desarrollo esperado, basado en la economía, la ciencia y la tecnología, ha llevado a caer en la crisis del consumo a los infantes ricos y ha sumido en mayores carencias a los infantes pobres.

El Estado es ineficiente para construir una nación más justa, la sociedad civil es todavía culturalmente inmadura para poder tener una visión amplia donde se dé una conciencia humana orientada a buscar un mundo más justo, un mundo donde se integre al hombre como ser holístico. Se requiere, como dice el investigador para la infancia: Elías Díaz, una sociedad donde exista el liberalismo democrático, con autonomía, con cooperación, con excelente comunicación, sin coacción; es decir, se trata de diseñar en el porvenir un megaestado, en donde se tenga en cuenta la

creatividad, la economía, la solidaridad, la equidad.

La actual crisis (desempleo, déficit fiscal, altos impuestos, etc.) del país, es estrictamente económica, social, institucional. Se observa un deterioro marcado de las condiciones sociales de los sectores populares; esto, unido a la caída de la inversión privada, la ineficiencia, la corrupción, la inseguridad, el narcotráfico, el paramilitarismo y la impunidad han llevado a una violencia generalizada, y por ende a un deterioro de la salud que se percibe con marcada incidencia negativa en el comportamiento convivencial de los ciudadanos.

Recordemos con estupor de que la violencia ha sido una constante histórica en Colombia, ha existido la violencia entre los indígenas, la hubo en la conquista española, se han dado numerosas guerras civiles; actualmente subsiste una guerra sucia entre el ejército, la guerrilla, los paramilitares y los narcotraficantes; se puede hablar entonces de la existencia de una fisura genética en la estructura biológica del colombiano, que ha provocado la irrupción de una "epidemia violenta" de muy difícil, por no decir, imposible tratamiento.

La crisis de la salud es estructural y multifactorial porque fallan las leyes, las disposiciones legales en materia de reglamentación de las políticas, la precaria asignación de los recursos económicos, la formación de los diferentes actores que intervienen en el proceso de la salud; ante tal situación y tal escasez de los recursos, es necesario que los diferentes actores se comprometan con el país y su realidad observando y poniendo en práctica los planes adecuados en los cuales se tenga en cuenta el contexto local, regional, nacional y mundial.

Muchas veces al efectuar un tratamiento para la salud, se "educa" al paciente, pero luego se le devuelve a un medio insalubre, enfermizo; la pregunta es: ¿Cómo lograr con todos los actores, construir un nuevo concepto de la salud donde se tenga en cuenta lo biológico, lo físico, lo síquico, lo social, lo cultural, lo económico, lo ético, lo estético, lo educativo, considerando todos estos factores con igualdad de importancia, como tantas veces lo hemos venido insistiendo en esta tesis?.

4.3.4 El Odontólogo del Nuevo Milenio:

"Tengo la esperanza y confianza de que no estará lejano el día, en que la odontología libre del desmoralizador de intereses comerciales, que le han mantenido por debajo de la categoría profesional, alcanzará el más alto grado de respeto y merecimiento que tienen todas las ramas de las artes y las ciencias médicas."

Gies (Siglo XIX)

La salud oral debe trascender el simple tratamiento curativo, para efectuar una verdadera promoción del bienestar y prevención de la enfermedad. El odontólogo requiere aprender a trabajar interdisciplinariamente en equipo, disponible a crear programas acordes con el contexto local, nacional, mundial.

En la salud oral se observan diferentes tendencias. Para descubrir nuevos horizontes en la salud oral se necesita contar con lo mítico, lo simbólico, para ver de que manera se han comunicado e imbricado según las diferentes tendencias conocidas en el transcurso de la historia, las ciencias médicas en general.

El odontólogo del futuro debe conscientizarse de cada tratamiento que termina, debe ver el riesgo biológico y el riesgo social, educar al usuario para el autocuidado teniendo en cuenta el contexto en que se encuentra, pensando en cómo lo va a tener saludable por seis (6) meses para valorarlo al final de ese período y así poder aspirar a crear una empresa promotora de vida, que generará por irradiación mayores recursos en las instituciones para la salud oral y cada vez menores traumas para los usuarios. Obviamente para esto se requiere tener la responsabilidad de ser más biológicos al cuidar más lo natural, de ser más responsables con los escasos recursos disponibles, de estimular el cepillado dental en la familia, la lactancia materna etc..

Este odontólogo ideal debe aprender a efectuar un trabajo integral, aprendiendo a detectar el maltrato infantil (físico- emocional- social, etc.) lo mismo que la desarmonía familiar y social que son lamentablemente las causas de los mayores

problemas que afrontan el profesional y la salud oral en Colombia.

El odontólogo debe dejar de evaluar solo las bocas y los dientes, para valorar al usuario como un ser integral.

Para un mejor desempeño en su trabajo, el odontólogo requiere de una higienista oral bien preparada, que sepa trabajar en equipo, que ayude a crear la clínica del usuario sano.

4.3.5 Nuevos Horizontes para la Salud del Mañana

"Será que continuamos con los sistemas de salud tradicionales del año 40 y hablamos todos de la crisis mundial de salud a partir de la Segunda Guerra Mundial, o, se crea un nuevo paradigma de la salud".

"Espero que los problemas de salud que sufre la humanidad queden a corto plazo desactualizados, no por el olvido, el silencio o el envejecimiento que provoca el tiempo, sino porque las sociedades hayan cambiado en tal forma que, no produzcan esos problemas".

Pastor San Martín

El hombre es un ser multifactorial y en su evolución neurológica, desarrolló: el cerebro, el símbolo, la memoria, la inteligencia, la conciencia y la cultura. El hombre para poder seguir existiendo como especie debe satisfacer sus necesidades de salud. Cuando se piense en complementar estas necesidades de salud es urgente tener en cuenta que las prioridades de la salud se relacionan con la producción, con el consumo y con la fuerza del trabajo.

Las necesidades básicas del ser humano dependen de la relación del hombre con el medio, teniendo en cuenta que el comportamiento individual para lograr un

autocuidado tiene una estructura social y cultural. El actuar del hombre es multicausal, biológico, psicológico y cultural. El hombre opta por una conducta según la circunstancia pero esta conducta también tiene un acondicionamiento sociocultural, es dinámica y está determinada por lo simbólico. Al actuar, el hombre fuera de tener una función biológica por causa de estímulos nerviosos, también tiene un desempeño que deriva del factor genético, del medio ecológico y constantemente es permeado por la cultura, presentándose muchas veces el fenómeno de lo sociocultural que va en contra de lo biológico.

El hombre actual tiene necesidades insatisfechas. Motivaciones complementarias que requiere para existir como ser humano y carencias vitales que complementar para poder seguir existiendo como especie, para proseguir evolucionando como individuo hacia una más alta convivencia planetaria.

Se ha dicho que el hombre debe satisfacer sus necesidades fundamentales: fisiológicas, psicoafectivas y socioeconómicas.

Satisfacer sus necesidades fisiológicas implica dar respuesta a los factores como: la nutrición, la protección física para seguir viviendo, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, la conservación del medio ambiente, la asistencia social teniendo como bases el trabajo y la educación, la libertad y la paz.

Satisfacer las necesidades psicoafectivas implica tener: buenas relaciones interpersonales y familiares, relaciones sociales, protección social.

Satisfacer necesidades socioeconómicas implica tener: trabajo, seguridad de empleo, salarios justos con relación al costo de vida, vivienda, alimentos suficientes, seguridad social; además, una garantía educativa y cultural presente en: las guarderías, los jardines, las escuelas, las universidades; en fin, disponer de una educación continuada y altamente calificada.

Según parece el valor de la salud no es importante en el mundo actual porque para

la humanidad lo más relevante es el estatus monetario, ya que es su única racionalidad y no la salud y el bienestar; sin embargo, aunque ese valor, ha de ser el que habrá de primar para la salud del mañana, se deben tener en cuenta las enfermedades producidas por los desastres económicos y sociales; no solamente por el hecho de que ellos van en detrimento de la salud sino también porque en su conjunto afectan el desarrollo económico y social de las comunidades.

Si se quiere crear una sociedad diferente con un sentido universal se requiere un hombre que reflexione, un ser humano independiente pero responsable; autónomo, pero respetuoso de la autoridad; trabajador pero distante de la burocratización improductiva; puntual pero contrario al trabajo arduo y repetitivo, no se puede seguir estimulando al hombre con la puntualidad; la obediencia a una sola autoridad; la aceptación de la burocracia, el trabajo arduo y repetitivo porque se homogeniza la especie humana.

El problema de la salud se ha centrado siempre en el cómo atender y el cómo solucionar sus impases, ligados a la enfermedad, pero el problema real de la salud debe centrarse, antes que nada, en cómo mantener al hombre saludable.

La economía de la salud debe tener en cuenta al hombre, su plenitud y su bienestar. Se deben generar condiciones epistémicas para CREAR un nuevo concepto de salud. Las condiciones para crear armonía deben tener en cuenta la prestación de un servicio en el que se integre la calidad, la eficiencia, la ética, la estética, la creatividad, el humanismo, la responsabilidad, el compromiso, evitando al máximo tener solo como única racionalidad, la producción robotizante que aliena la posibilidad de ser del hombre y la mujer.

Se deben crear mundos posibles donde sus moradores puedan preguntarse: ¿Cuál es la salud que soñamos?.

Teniendo en cuenta lo anterior se puede concluir:

Los trabajadores de la salud no toman una actitud crítica, ni reflexiva para el cambio, no trabajan en equipo, no muestran soluciones, no están cohesionados con su saber.

En la salud la única racionalidad útil que parece existir es la financiera, se exige inminentemente producción a gran escala, algunas veces sin contar con los elementos mínimos indispensables para realizar una buena atención.

Se ha notado que la crisis económica y la situación de desempleo hace que muchos infantes solo reciban por unos pocos meses una verdadera promoción para la salud y prevención para la enfermedad.

Esta comprobado que el fenómeno salud se da por diferentes factores, independiente del número de hospitales, clínicas, personal de la salud etc..

Todas las anteriores conclusiones hacen reflexionar en los siguientes puntos, si se quiere tender hacia una salud integral en Colombia:

Conociendo que se requiere el autocuidado en la salud, se debe dar apoyo para llevar la atención desde el momento en que el infante se gesta, pasando luego por las salacunas, las guarderías, los jardines infantiles, las escuelas, los colegios y las universidades.

Dada la crisis económica en la salud, se debe crear una red interinstitucional de apoyo donde los programas para la promoción de sus valores y la prevención de la enfermedad lleguen a todos los sectores de la población infantil, aunque los infantes en el momento no estén vinculados al sistema de la seguridad social.

El hombre debe educarse para el autocuidado en la salud siendo responsable consigo mismo y con el medio ambiente, aprendiendo que él hace parte de la sociedad y que en toda actuación debe tener en cuenta el yo— yo, el yo — tu, el yo — nosotros.

Los programas deben ser diseñados de manera que se tenga en cuenta: la Equidad, la Seguridad, la Justicia, la Autonomía, la Bondad, la Solidaridad, todo ello con verdadera participación.

La solución a los problemas de la infancia implica la responsabilidad en el trabajo de todos y el asumirla implica una conciencia ciudadana para el cambio, generando reflexión en las instituciones educativas y de la salud, en las comunidades, en los agentes de la salud y de la educación, y en sí misma, en todos los diferentes actores.

Es importante la promoción de la lactancia materna exclusiva durante los primeros años de vida.

Se debe promover también la necesidad de que todos los ciudadanos lleven una vida social y económica productiva.

La planeación educacional debe incluir programas que tengan en cuenta los derechos del niño y de la niña; y en su ejecución, deben involucrarse los parámetros de la promoción para la salud y la prevención de la enfermedad, dando primacía al autocuidado.

Para el desarrollo y el control del infante se deben tener en cuenta el medio ambiente y la articulación de los espacios de la familia, el jardín, la escuela, la comunidad y la institución para lograr dar al pequeño usuario(a) seguridad física, psicológica y social; la autonomía, la creatividad y el autocuidado en la salud.

Se debe estar en condiciones de hacer un diagnóstico para planear y poder construir el mundo que se quiere. Si se aspira a contar con un ciudadano participativo y autónomo se debe invertir atención y dinero en el infante desde el momento de su gestación, darle autonomía y participación desde los primeros años potencializándolo, dándole una calidad de vida que le conduzca a un desarrollo social. Todas las políticas deben estar orientadas a este fin y para ello, se requiere

educar a la sociedad y al Estado, de tal forma que ellos permitan que los infantes participen en la elaboración de los planes y proyectos, porque ellos han demostrado en la praxis que son actores dinámicos para el cambio; todo debe ser motivado, proyectado desde lo local para poder así articularlo con el conjunto de la sociedad civil.

Conociendo la escasez de los recursos es necesario que los líderes comunitarios de la salud, la educación, el estudiantado de la educación básica, vocacional y universitaria de los diferentes estratos socioeconómicos se sensibilicen con la realidad nacional, al involucrar a todos los actores comprometidos para proteger los derechos de la infancia para el respeto de sus derechos de participación como ciudadanos, para crear de esta forma un nuevo ciudadano, y con visiones de futuro, como dice la Dra. Sara Victoria Alvarado.

Los programas de educación para la salud como tanto se ha reiterado deben ser diseñados teniendo en cuenta el contexto local, e involucrando los diferentes actores. Los programas deben ser flexibles y tan agradables que los participantes en ese espacio, encuentren la gratificación que los promueva volver a ellos. Se debe tener en cuenta la equidad; es decir, la igualdad de oportunidades dentro de la diferencia y la participación como motivo generador del cambio social. Esta participación debe tener en cuenta: la vida familiar, la cuadra, la comunidad, la sociedad.

Se requieren estrategias y alternativas para no aumentar los costos en la salud — enfermedad y no aumentar la brecha entre los diferentes sectores sociales, involucrando personas comprometidas con el cambio, logrando una promoción para la salud y una prevención para la enfermedad, aunque la prevención se impulsó inicialmente solo en la atención primaria; una de estas estrategias quizá la más eficiente es la participación porque ella estimula la actividad cooperativa, construye el conocimiento y potencia las destrezas adquiridas.

Se requiere de una descentralización con participación, considerando que la obtención de lo básico para la vida debe verse como un asunto cívico, para

solucionar los problemas de la protección del medio ambiente, la educación para los padres e hijos, la educación para el autocuidado de la salud, la empresa sostenible, la actividad del sector informal. Para llevar a cabo esta participación se requiere de una pedagogía centrada en su difusión y aplicabilidad.

Aceptando entonces que la participación es una actividad dinámica de los social y que se da naturalmente dentro de la convivencia, urge activarla y hacerla conciente en la vida de los demás para poder así algún día construir un mundo mejor. Para ello se requiere desde una época temprana, el autocuidado; el cual, puede darse involucrando a los estudiantes universitarios de manera que apoyen la salud comunitaria, observando la verdadera realidad de su comunidad e involucrando al agente de la salud dispuesto al cambio, a las instituciones, creándose así una verdadera educación en beneficio de una salud comunitaria que lleve implícita la reflexión, la crítica, la evaluación y la participación.

Los problemas de la salud en la infancia se pueden evitar con una buena promoción educativa en la familia desde el momento de la gestación, educando a la madre gestante en las ventajas de la lactancia, tan necesaria como se ha demostrado en los primeros meses de vida.

Se debe igualmente impulsar la democracia participativa para lograr integrar el pensamiento: analítico, colaborador, crítico, creativo y reflexivo, donde se fijen y se logren metas comunes para que el infante pueda decir: estoy sano y bien; vivo en un lugar tranquilo y agradable, me estoy preparando para ser autónomo y participativo.

La crisis de la salud actual debe ayudar a generar caminos posibles con los escasos recursos disponibles, se debe dar prioridad al infante porque él debe tener un desarrollo integral que colme sus expectativas como del individuo activo del futuro, condición que se caracterizará por los siguientes saberes:

- ✓ Saber enfrentar la dificultad.

- ✓ Superar el conflicto.
- ✓ Saber Respetar las diferencias.
- ✓ Saber Disfrutar de lo que se tiene.
- ✓ Saber Protegerse y proteger lo que le rodea.
- ✓ Saber Ser autónomo.
- ✓ Saber Ser crítico y autocrítico.
- ✓ Saber Ser reflexivo filosóficamente.
- ✓ Saber Ser participativo y socializador.

Se requiere construir una nueva Colombia, si se actúa a tiempo, se puede potenciar el desarrollo para llevar al país a una mayor justicia social. Es deber de cada uno de los ciudadanos con derechos y deberes, trabajar con empuje para construir una sociedad más justa y con verdadera participación ciudadana. Se deben crear redes efectivas que apoyen el proceso de cambio.

La participación ciudadana, como mayoría, debe empezar a actuar para que se logre construir la salud con miras a construir la Colombia que queremos.

En todo este proceso es necesario ayudarse de la ética, entendiéndose por ética no solamente la reflexión filosófica sobre el fenómeno moral sino también el contrato entre los ciudadanos bien estructurados, donde se puede reconocer al otro como diferente y participante de la sociedad civil, como interlocutor, creando acuerdos mínimos en la participación comunitaria.

Recordar a todos los actores, lo que el abogado-investigador Emilio García Méndez dice: "Todo niño es persona por lo tanto es ciudadano y tiene unos derechos por la Constitución Nacional, todo niño es sujeto de derecho y el Estado debe tener como prioridad a la infancia, eliminando injusticias, discriminación, no tolerando programas pobres para pobres; por lo tanto los niños tienen la responsabilidad de velar por sus derechos (exigir educación, salud, etc.)".

Se necesita un colombiano con principios sensibles innatos por la razón misma de

pertenecer a la especie humana.

La responsabilidad de la salud debe ser de todos como lo afirma el doctor Héctor Abad Gómez en su libro: *Una Vida por la Vida*, donde dice: "la salud pública es una ética social donde la responsabilidad de la salud nos corresponde a todos y no solo a un sector el denominado sector salud, cuyo papel ha sido el de curar enfermedad".

Teniendo en cuenta que la globalización de la economía debe ayudarse con una racionalidad comunicativa de los diferentes actores, se debe promover el principio del "ser ético", en todas las políticas que se formulen para la infancia, involucrando la equidad para lograr ciudadanos diferentes que luchen por el bienestar individual y colectivo.

Ante todo lo experimentado por el hombre en la actualidad, la sociedad debe decir basta, no más atropello a la vida humana, todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad personal. Se debe tener derecho a vivir en PAZ y en ARMONIA, todos los ciudadanos deben tener un nivel de vida adecuado donde se pueda dar a la familia: salud, bienestar, educación, alimentación, vivienda, etc.; igualmente, tener derecho al seguro de: desempleo, enfermedad, viudez, invalidez, vejez, etc.. Como dice Leonor Marina Restrepo, sicóloga de la universidad de Antioquia: "una comunidad donde los inválidos, los locos, los negros, los niños, los adolescentes y las mujeres sean respetados y tengan un lugar que los haga sentirse partícipes de la construcción del mundo. Mientras que la lucha por la vida siga siendo eso una lucha y no un derecho, es imposible construir nuestra propia identidad, primero de seres humanos y la segunda la de nacionalizados con la patria. Una identidad que se vea sobre la base del arraigo, de la pertenencia de una tierra de todos y para todos, no de unos cuantos que culpabilizan a los otros".

Se requiere tener derechos sociales donde exista la identidad, la autoestima de la comunidad, el sentido de pertenencia y que se trate al hombre como ciudadano para que se comporte como tal, de manera que existan hombres y mujeres

responsables, solidarios y un Estado justo. La experiencia indica: sin justicia social, no puede haber paz, los ciudadanos son los protagonistas donde sus características son el sentido de pertenencia y de responsabilidad.

En cualquier actividad humana se debe tener un espíritu empresarial donde se valore el salario, la calidad y el producto. Se debe construir una escuela de civilidad, donde se organice la sociedad libre (familias, cooperativas, instituciones, etc.) se debe educar para promover la acción de un espíritu cívico, solidario, equitativo; al igual que la confianza familiar para poder potencializar el cambio.

Nos urge a todos estimular la formación de una sociedad libre y multicultural con valores democráticos, filosóficos, religiosos, etc., organizar una convivencia justa con cambio de hábitos para construir una conciencia civil, que origine comunidades habitables, en las cuales se eleve la calidad de vida de las personas y se evite la equívoca distinción de lo público y lo privado, creando una relación de complementación y cooperación.

Se deben dar también pábulos para obtener una opinión pública autónoma, crítica, reflexiva y deliberante; donde exista solidaridad voluntaria para defender a los débiles, una sociedad civil cosmopolita que tenga en cuenta los derechos económicos, sociales y políticos de sus conciudadanos.

Culturalmente los hombres han heredado el "logos", tienen la capacidad para hacer la competencia y el dialogo, por ello es necesario aprender a comunicarse y a lograr acuerdos que conduzcan a un desarrollo con rostro humano que los conduzca a una emancipación.

Dentro de todo este contexto histórico y cultural la salud es una meta social; para lograrla algunas veces hay que recorrer un camino tortuoso pero con la experiencia y el tiempo se logran avances significativos. Es aquí precisamente en donde entra en juego la interdisciplinariedad y el trabajo en equipo como factores cogestionantes de una sociedad organizada.

Hay que comprender el mundo si se quiere comprender la salud; entenderlo como un proceso dinámico que se construye día a día por nuestros saberes. Los futuros agentes de la salud deben estar formados no sólo para curar la enfermedad sino para promover la salud y preservarla, deben salir de sus consultorios a trabajar con la comunidad y orientar el cambio; el mundo evolucionó y los profesionales deben cambiar; pero no solo las profesiones médicas deben variar, "el derecho hay que sacarlo del infierno" según dice Emilio García Méndez, donde ha favorecido tan solo a unos pocos, privilegiados, para hacerlo que de igualdad con equidad a todos los ciudadanos. Buscando con ello habitar el mundo de la vida, una tierra donde se pueda tener el derecho a vivir en paz.

El trabajo realizado en pro de la infancia deberá estar constituido por personas líderes conscientizados acerca de la importancia de la niñez, y también de la necesidad de la participación con el fin de crear soluciones a los problemas locales. Líderes capaces de aprender a develar los problemas de la ley 100 de 1993, que propicien foros donde se generen soluciones para enfrentar las crisis y transmitan confianza y soluciones a la comunidad.

Para tener una participación activa de los diferentes estamentos, los grupos de trabajo deben estar integrados por representantes de las instituciones de la salud, representantes del sector educativo, representantes de la sociedad civil, padres de familia y los niños y las niñas como protagonistas.

Todo equipo debe conformar una red interinstitucional, detectar los problemas para hacer la planeación, el diseño de estrategias para alcanzar los objetivos a corto, mediano y largo plazo. Los programas deben ser flexibles y evaluados constantemente para ver si se está logrando el impacto esperado.

Por estas razones no nos cansaremos de decirlo: La salud se debe desligar de una atención totalmente curativa, para buscar incentivar una verdadera promoción para la salud y prevención de la enfermedad; con la aplicación de programas críticos y reflexivos.

La salud es multifactorial , debe generarse como producto de una serie de factores que conduzcan al hombre a estar bien. Es muy importante que se consideren los puntos que a continuación se relacionan para consolidar la salud:

Factores Generales

que lleven a:

Actividad curativa

Trabajo para todos

Económico

Mejores salarios.

Social

Mejor nutrición.

Técnico

Mejor desarrollo orgánico.

Ético

Mejor vivienda.

Estético

Menor hacinamiento.

Educativo

No desplazamiento.

Mejor trabajo.

Mejor deporte.

Mejor reposo.

Educación - protección del Medio

Ambiente.

La educación futura debe apoyarse en la reflexión y no sobrevalorar con desmesura la técnica. Porque no solo se debe explicar lo que se hace, tener en cuenta el cumplimiento con el saber hacer, sino también crear una reflexión sobre el hacer. No se debe seguir hablando de las ciencias de la salud, porque al hablar de la ciencia no se efectúa una reflexión sobre la praxis cotidiana, en la actualidad esta falta de reflexión ha llevado a las ciencias médicas, a forjar disciplinas; en las que tan solo prima los alcances de la mecanicidad y la técnica.

La educación superior para la salud, no solamente debe habilitar al hombre para responder al mercado sino que también debe habilitarlo para que genere nuevos conocimientos. En el ejercicio de las profesiones médicas se debe buscar generar un pensamiento coherente que conduzca a la lógica del hacer, porque las profesiones médicas deben buscar como apoyo la filosofía para buscar así el norte perdido que

fraccionó el saber y desestabilizó el hacer.

Todos los profesionales de la salud, deben prepararse para el cambio; el mundo se transforma pero en las ciencias médicas se sigue una metodología sustentada en currículos anticuados, que fomentan una fuerza laboral mal entrenada; se debe buscar entonces una educación de calidad, y una educación superior que sirva de puente entre la ciencia y la sociedad; todo ello unificado debe generar nuevos profesionales comprometidos con la realidad del País.

La Universidad del futuro se debe caracterizar por un diálogo civilizado que otorgue el derecho a la réplica, al disenso, planteles donde exista el respeto a la fundamentación, a la crítica y a las aulas educativas donde la investigación lleve a verdaderos y novísimos cambios culturales. Esta moderna investigación debe ser el motor generador del desarrollo del País.

Dentro del currículo de las ciencias médicas se debe enseñar además la estética como rama de la filosofía, porque la filosofía comprende e interpreta el arte y por ende a través de ella capacitará a los profesionales de la salud sensibles, para que posean el sentido de lo humano porque con estos conceptos, dentro de un sentido filosófico de la vida se puede madurar el sentimiento, la sensibilidad, la sensación, la facultad de captar intuitivamente, la percepción consciente del conocimiento necesario para reconstruir el ideal de la humanidad que hoy parece perdido irremediablemente.

Ahora más que nunca se requiere recuperar la identidad cultural, se debe inducir al profesional a participar en los programas comunitarios para que conozca desde adentro la crisis social y económica. Se debe tener un hombre ético, político, crítico, investigativo y creativo que de soluciones transformadoras y que haga aportes a la moralización del futuro.

Los currículos en la salud deben modificar su estructura anacrónica, actualmente ellos hacen énfasis sesgados únicamente la salud como tratamiento para aliviar las

enfermedades. Ya se ha dicho, se debe promocionar la salud, para evaluar el trabajo paralelamente con la salud que se promociona, realizar trabajos de estudio para saber con exactitud cuanta enfermedad se previene.

Es muy importante darle relevancia a la promoción para la salud y a la prevención de la enfermedad porque si éstas no se efectúan, nunca se alcanzará ningún presupuesto efectivo y continuo para la atención en la salud por parte del Estado.

Por el momento, mientras se logran los cambios propuestos, se debe seguir curando al usuario al tiempo que se efectúa una excelente promoción para la salud y la prevención de la enfermedad sin el pretexto del ahorro inmediato en la salud, sin el argumento negativo de que la sociedad no valora el trabajo profesional de las "ciencias médicas".

El Agente de la Salud debe propugnar por dar una atención más humana y holística, debe tener sentido de pertenencia y de integración con la Institución, y a la vez ser solidario y autónomo en sus decisiones y en su práctica.

En la salud del futuro debe haber un encuentro unificativo de todos los sistemas médicos, incluyendo la comunicación abierta incentivando un verdadero diálogo de los saberes, que medie en el conflicto, y que contribuya finalmente a enriquecer los conocimientos.

El trabajador de la salud deberá liderar la administración de la salud conjuntamente con los conocimientos financieros y económicos que se necesitan para que el sistema progrese.

A los profesionales de la salud se les debe remunerar con salarios altos para que no tengan que desplazarse como nómadas a diferentes sitios de trabajo, que no se les sobrecargue excesivamente su horario de trabajo, que tengan una asignación que les permita vivir con holgura para que así puedan reflexionar sobre su praxis, y puedan entonces ayudar a la cantidad de COLOMBIANOS DESPROTEGIDOS y

marginados de toda oportunidad de bienestar.

En la teoría todo concepto de la salud debe ser crítico y debe guardar distancia entre el deber ser y el ser. Todo plan para la salud debe estar basado en lo éticamente justo, técnicamente eficiente y estéticamente creativo teniendo en cuenta las diferencias étnicas y culturales existentes.

Se requiere de una salud construida por todos, creando nuestros propios planes de salubridad, con una epidemiología real; teniendo en cuenta el contexto donde se va a desarrollar, involucrando la esfera biológica del ser humano, la esfera sociológica y el entorno, respetando las concepciones y los valores teniendo en cuenta que el hombre necesita para vivir: seguridad, bienestar fisiológico, ecológico y sociocultural; libertad: de desplazamiento, política, jurídica y laboral; identidad para conocer las necesidades individuales, colectivas, sociales y ecológicas.

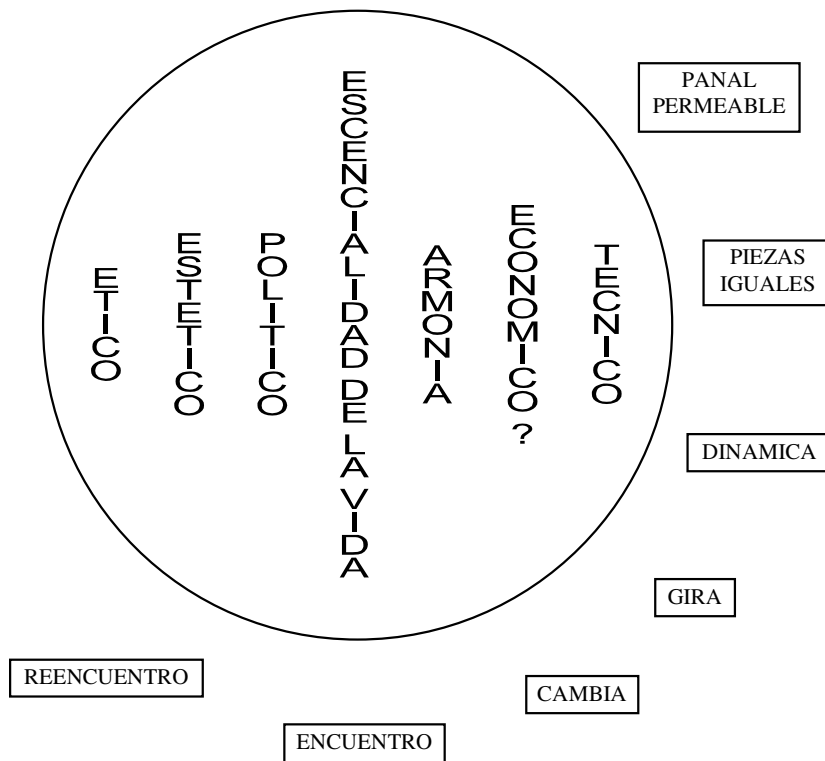
Se debe proporcionar al usuario una salud con equidad y no una salud pobre para pobres, hay que efectuar un trabajo en equipo, buscar con sencillez interdisciplinaria, una verdadera comunicación donde se pueda contradecir y respetar las diferencias, porque en la actualidad un pensamiento diferente puede costar la vida.

Todos los planes de desarrollo deben ser diseñados teniendo en cuenta la investigación para buscar así una transformación social, económica y educativa; en este aspecto el profesional de la salud debe motivar en si mismo la creatividad para que se genere así una manera especial de pensar, de sentir y de actuar que conduzca a una vida más plena del sujeto y del grupo social al que pertenece. Esa creatividad debe fusionar la ciencia y la tecnología, originando una transformación social, el hacer no solo debe encaminarse a la solución de los problemas, sino a incrementar nuevos problemas, buscando con soluciones el ideal de una humanidad más feliz y equilibrada.

Se tiene que crear en la mente y en el hacer un nuevo paradigma de la salud que

traspase lo biológico, motivando la salud individual y colectiva. La salud del futuro debe tener en cuenta diferentes factores. En el gráfico No 10. Salud individual y colectiva, se visualizan esos factores.

El nuevo paradigma de la salud debe tener en cuenta que ella es un fenómeno dinámico que se construye creando diariamente configuraciones y desconfiguraciones según los saberes de la comunidad, con comunicaciones honradas (ilocucionarias), representando los binomios: Yo —yo, Yo — tu, Yo — nosotros, Yo - naturaleza, que trascienda de lo individual a lo colectivo. El nuevo paradigma de la salud debe ser producto de lo biológico, lo económico, lo social, lo técnico, lo ético, lo estético, de la actividad curativa, el trabajo para todos, mejor salario, mejor nutrición, mejor desarrollo orgánico, mejor vivienda, mejor trabajo, mejor reposo, menor hacinamiento, con el agregado del deporte como estímulo físico y como recreación, la educación a todo nivel, la protección del medio ambiente y la prevención y cuidado de la salud colectiva e individual.

Gráfico 10 Salud individual y colectiva

Fuente: Rosa Cristina Miranda A. Año 2.000

Comentario [RCMA1]:

Es un panal de abejas construido por todos (agente de la salud, directivo y usuario) en movimiento y teniendo en cuenta que la salud es un artefacto cultural que se construye día a día de acuerdo con nuestros saberes, las celdas iguales de este panal implican que todo debe tener igualdad de importancia, que no se debe dar todo el poder a lo económico que es lo predominante en la actualidad; es aquí precisamente donde entra a tomar importancia lo ético, lo biológico, lo estético, lo técnico, lo político, lo social etc.. Las abejas trabajan en equipo, construyen, al tener un panal en movimiento se pueden tener puntos de encuentro que enriquezcan el proceso.

4.4 LOS IMAGINARIOS EN LA SALUD

En esta investigación se ha observado que los agentes de la salud y los directivos, tienen el concepto de la salud en su inconsciente, como una fijación de curar la enfermedad; en cambio en los usuarios se observa un concepto más evolucionado donde la salud implica bienestar físico y estabilidad emocional.

4.4.1 Lo Histórico, lo Simbólico y lo Mítico en la Salud: Los imaginarios en esta área ayudan a analizar el concepto de la salud y el por qué del comportamiento de los odontólogos y en general de todos los agentes de la salud, ya que cada imagen tiene elementos aplicables a cada circunstancia vivida y estas imágenes nacieron de las huellas que el pasado deja en el inconsciente colectivo como consecuencia de las vivencias e interacciones cotidianas de los medios de comunicación, de las teorías aprendidas, de la religión, de las ciencias, de las costumbres heredadas; herencias culturales que se han transmitido de generación en generación; estas imágenes se mezclan y se modifican según el espacio y el tiempo creando nuevas imágenes transformativas que ayudan a mejorar la sociedad.

La ciencia médica sabe que el hombre en su evolución neocortical creó lo cultural, lo mítico y lo simbólico para ayudarse a sí mismo en la sociedad para comprender la complejidad del mundo que lo rodea.

El hombre al analizar el por qué de su actuar cotidiano, ha ido encontrando puntos de vista y de relación que le han ido ayudando a comprender la razón de su conducta y al reflexionar sobre ello ha ido creando caminos menos abruptos para el bienestar de sus semejantes.

El encuentro dialéctico de las ideas, del conocimiento, de la existencia, etc., es muy

importante porque con este encuentro móvil se puede llegar a develar los orígenes de toda acción humana. Si se hace abstracción de las acciones terrestres y si se relacionan estas con el movimiento planetario, se pueden tener unos puntos de concordancia que fusionen acuerdos; para lograr esa concertación, los hombres requieren contar con la colaboración de lo histórico, lo mítico y lo simbólico.

Para develar los problemas actuales, es necesario que el hombre reviva en su propio ser su propia historia para que tenga una idea de su pasado, ya que al unir lo objetivo y lo subjetivo del ser, crea nuevos horizontes; para ésto, requiere de la hermenéutica. La hermenéutica interpreta los fenómenos, las historias, los textos y las diferentes realidades sociales; en este conjunto de relaciones se debe tener en cuenta lo ético, lo político, lo histórico, los intereses técnicos, el trabajo del hombre y la afinidad con la naturaleza para llevar todo este bagaje de conocimientos a la práctica social. En la hermenéutica el investigador está involucrado con lo que se investiga, pero busca dilucidar individualmente los fenómenos, desde su interior, para ir más allá de la explicación de la causa. En consecuencia de lo anterior, surge una pregunta : ¿Cuáles son los imaginarios, la carencia de identidad y el consumismo en la salud oral?.

a) Lo Histórico: Analizando la historia de la salud del hombre en el planeta tierra se encuentra que el concepto de la salud siempre ha ido unido a aliviar la enfermedad como se detalla a continuación:

En el paleolítico, época que va desde la aparición del hombre hasta el año 12.000 Antes de Cristo, la muerte se daba por falta de alimentos y de protección ambiental.

En el neolítico, época que va desde el año 6.000 al año 2.500 años Antes de Cristo, aparecen las ciudades lacustres, se dio la revolución agrícola, hubo una relativa bonanza de la salud, se inició la explosión demográfica y comenzaron los desplazamientos en grupos para buscar nuevos sitios de asentamiento.

Este hombre primitivo, se caracterizaba porque su aporte calórico armonizaba con el

metabolismo basal; hacía ejercicio cotidiano; tenía reposo y sueño polifásico, gran compromiso emocional con la caza y con la pesca; trabajaba en equipo; tenía contacto con la naturaleza; era creativo; las tensiones y los conflictos los solucionaba con la separación transitoria; había comunicación; era participativo; tenía seguridad por tener sentido de pertenencia a un grupo; la migración y los desplazamientos eran pocos; no había factores nocivos para el medio ambiente; tenía vida comunitaria simple; tenía pocos riesgos de factores nocivos para la salud.

Luego, debido a la convivencia del hombre con los animales en sus propias viviendas, vienen las enfermedades asociadas a la parasitosis.

Hacia finales del siglo V, en la edad media, se relacionaban la fe y la razón, y esta razón, hacia pensar que era el camino para llegar a la verdad, y que todo confluía a la sabiduría y al conocimiento. En esos tiempos la enfermedad se aceptaba como un castigo divino.

En el siglo XV se inicia la modernidad, se da importancia a la naturaleza, se estudia como se comporta, como se controla, como se describe y como se solucionan los fenómenos naturales y biológicos.

Posteriormente, entre los siglos XVII y XIX se inicia el auge de las enfermedades infecciosas y no infecciosas, muchas de ellas asociadas a la agricultura moderna, comienza el auge del comercio y del capitalismo; se crean leyes y teorías basadas en un conocimiento universalmente válido para todos los hombres. En esta época, en cambio, todo es causa-efecto y todo lo explican por los fenómenos que lo originan, aquí se empieza a dar mayor auge al concepto de la salud como no enfermedad, luego por el saneamiento ambiental se logra bajar la mortalidad y la natalidad de la población humana, la mayoría de los países tercermundistas están en ésta fase.

En este período aparece lo empírico, todo se explica por la experimentación y la razón. Se inicia el análisis de cómo el universo descrito por el racionalismo griego,

podía cambiarse; el hombre trata de descubrir las conexiones y las relaciones del macrocosmos para aplicarlas a la naturaleza para modificar su curso, éste hizo pensar que se llegarían a las verdades eternas e inmutables

En el siglo XVIII, con el filósofo Emmanuel Kant en Alemania aparece la época moderna, se efectúa una crítica de la razón y del conocimiento basado en la experiencia y en sus obras, se trata de explicar los fenómenos en términos de causa - efecto.

Si para los griegos la realidad era independiente de mí, para los modernos la realidad depende de la manera como aparece en mí. En ésta época se reelabora el concepto del conocimiento y de la ciencia; ya no son los sentidos la fuente del conocimiento, sino que el conocimiento intelectual es capaz de aprender de lo real.

Dilthey le da la importancia al hombre, para explicar y comprender el sentido de la acción humana dentro del contexto; tiene en cuenta los conocimientos de Galileo Galilei para entender la naturaleza como un sistema dinámico de las fuerzas en movimiento, todo podía ser explicado con las matemáticas, el hombre se considera el amo y el señor del mundo, se empiezan a adaptar las cosas a su conocimiento, se inicia el auge de la técnica. El concepto de la salud sigue unido al concepto de la no enfermedad.

En el Siglo XX, época contemporánea, sigue el auge de la técnica y todo se centra en el saber y el saber-hacer, la ciencia se convierte en el instrumento del poder; los intereses materiales manipulan el que hacer científico; al no solucionarse los problemas del hombre actual, la ciencia empieza a vislumbrar un papel diferente en la dinámica de la sociedad, el hombre reinicia un encuentro con la filosofía llevándolo a una reflexión crítica. Se continua con el concepto de la salud como no enfermedad pero se empieza la reflexión crítica, lo que conduce a replantear el concepto de la salud, viéndose la salud como un fenómeno.

En esta época, se inicia la productividad asociada a la racionalidad capitalista, se

empiezan a vislumbrar los cambios desde la perspectiva económica - financiera en la salud, se le da un gran valor a lo monetario, se da un auge en la técnica, se divide más al hombre, se aumenta la infraestructura para atender la enfermedad y se cree que atender la enfermedad a gran escala, llegará a producir la salud tan esperada.

El hombre contemporáneo, ha tratado de solucionar los problemas teniendo como eje central el factor económico (financiero) influido por su racionalidad occidental y así lo pasó al concepto de la salud, una salud basada en la oferta y la demanda, se cambia el nombre del paciente por el de cliente.

Los atributos del hombre guerrero, fueron suplantados por la habilidad del comerciante al hombre empresario quedando así casi todos supeditados al poder del efectivismo, donde la acumulación monetaria y la productividad llegan a satisfacer las necesidades empresariales; el campo contable arrasó al mundo sensible, creando una crisis emocional en el hombre contemporáneo; ésto auspició la aparición de un hombre consumista, carente de reflexión, inconsciente de su trascendencia y creó una crisis de sentido; por ésto surgieron diferentes visiones del concepto de la salud según las características existentes en el momento.

Posteriormente, se presentó el concepto de la salud como un fenómeno que relaciona la genética, el ambiente, el comportamiento y los servicios de la salud; ésto, llevó a aumentar las instalaciones para la salud curativa, a incrementar la técnica y a dividir más el hombre. Al no llegar a resultados satisfactorios, Smilkstein habla de una salud multifactorial; donde todos somos responsables de construir la salud y para lograr este bienestar multifactorial, Smilkestein tiene en cuenta la promoción, la prevención, el paciente, la familia, la comunidad, lo social, lo psicológico y lo físico; se empiezan a registrar los datos y según las estadísticas, se efectúa el análisis del por qué ocurre la enfermedad, se hacen planes y programas para ayudar a generar salud, sin embargo a pesar de reconocer la salud multifactorial se sigue dando más importancia a la atención curativa dando gran énfasis a lo biológico.

Al pasar a la postmodernidad, todos los paradigmas existentes entran en crisis y se empieza a ver la salud de una manera más integral, se considera que este concepto debe abarcar lo biológico, lo psicológico, lo social, lo ético, lo estético, etc.; además, la irrupción de la postmodernidad en las ciencias médicas y el involucrar los conceptos de la salud oriental y occidental; abrió nuevas perspectivas y fusionó la salud oriental y la occidental, abogo por una salud construida por todos, considerando como válidas las llamadas medicinas alternativas.

b) Lo Mítico: El mito es un paradigma cultural que nace, vive y muere en determinadas culturas, los mitos griegos murieron como culto pero renacieron como referente cultural.

El mito en las diferentes culturas ha sido asociado a un comportamiento matriarcal, o, a un comportamiento patriarcal, para su análisis se ha clasificado en: régimen diurno y régimen nocturno.

El régimen diurno se asocia más a lo material, se caracteriza por: La tecnología de las armas; La sociología del mago. Este régimen soluciona los problemas basados en la racionalidad occidental; es homogeneizante.

El régimen nocturno se asocia más a lo sensitivo, se caracteriza por: El poder del valor; La sociología matriarcal; El símbolo del eterno retorno: todo vuelve a su lugar de origen (regreso al útero), este regreso se asocia a las terapéuticas: Orientales (arcaico), Occidentales (racional) y a Otras; no es homogeneizante.

El mito para Platón era contar historias, un mitólogo era un cuentero. En los siglos VIII, VII, y VI antes de Cristo, se reflexiona y el mito se convierte en tragedia (Edipo).

En la Grecia antigua, se inició la explicación mítica de lo racional sobre el universo y la vida del hombre; se buscó una explicación racional de lo real y su conocimiento se orientó a comprender las causas; ignoró el inconsciente colectivo; generó una

conciencia colectiva occidental, dando predominio a lo racional diurno, desarrolló la mentalidad científica, se explicó todo por la razón, se subvaloró el mito y así se impuso el robotizante mundo tecnológico.

Sin embargo, a los griegos se les debe la figura mítica de Hermes, que es el viejo reconciliador de lo humano y lo divino, figura conciliadora de dos visiones de mundo que ayuda a develar la importancia de la parte material y de la parte sensitiva, la importancia de integrar en el cerebro sus hemisferios para llegar a una abstracción que logre crear un mundo plerórico de vida plena.

En la cultura occidental el mito se desvalorizó, en cambio en la cultura oriental, el mito ha sido una parte importante en su vida cotidiana. En las zonas indígenas americanas (USA y América Latina), en Africa y Australia, la mentalidad mítica continua siendo la parte preponderante de su vida.

Al estudiar los mitos, es importante tener en cuenta los mitos primordiales, aquellos que aparecen en las épocas tempranas de la vida del hombre porque el hombre al empezar a existir, tiene unas creencias primordiales comunes, aunque su narración varíe un poco entre las diferentes culturas.

Dentro de los mitos primordiales conocidos se encuentran los siguientes:

La división de lo material y lo sensitivo; La pérdida del sentido de lo humano; La racionalidad y La palabra.

✓ **La División de lo Material y lo Sensitivo:** La división de lo material y lo sensitivo se explica con el mito de la ruptura, unos dicen que pertenece a la familia de los Siux, otros dicen que es una versión de Platón en sus Diálogos. Los humanos eran iguales; tenían el cerebro unido (lo material y lo sensitivo); pensaban en el uno y en el otro; tenían dos ombligos: se miraban adentro y desde dentro; se creían dioses y la madre natural los dividió con un rayo y así se crearon: huecos, ausencias

y soledades, desde ese entonces los humanos buscan completarse para ser muchos, para ser mundo, para ser universo.

✓ **La Pérdida del Sentido de lo Humano:** La pérdida del sentido humano se explica con El secreto Hindú que dice: el secreto del hombre está oculto en el hombre mismo. El origen de este mito surgió porque según los hindúes, los dioses tenían el secreto del agua y los humanos se lo robaron, los dioses tenían el secreto del aire y los humanos se lo robaron, los dioses tenían el secreto de la tierra y los humanos se lo robaron, los dioses tenían el secreto del fuego y los humanos se lo robaron, los humanos se sintieron dioses y quisieron saber el secreto de sus vidas y los dioses escogieron a Kala diosa traviesa y astuta para esconder el secreto. Ella pensó esconderlo en el cielo pero pensó que los humanos algún día llegarían al espacio y a los confines del universo, pensó entonces esconderlo en el océano y pensó que los humanos algún día agotarían el océano y podrían llegar a la profundidad; pensó guardarlo en el corazón de la tierra y recordó que los humanos son tercos que van a ir hasta lo más ínfimo de la materia, entonces tomó la decisión de guardarlo en el interior del mismo humano y cogió el secreto y lo repartió pedazo a pedazo, en cada uno de los humanos y ellos siguen buscando el secreto.

✓ **La Racionalidad:** La racionalidad se explica con el mito de la razón de los Siux que dice: ¿Por qué la verdad tiene la cara tapada?, hace muchos siglos la memoria era niña y el tiempo no tenía dientes, la verdad vivía con las mujeres y los hombres y andaba desnuda con la cara sucia bailando y cantando:

Yo no me lavo la cara
Ni soy persona decente
Baila y canta la verdad
Soy la verdad verdadera
Y mi boca nunca miente
Baila y canta la verdad
Baila y canta de verdad.

Pero los hombres y las mujeres aunque eran desordenados, eran elegantes y solicitaron a la verdad que se vistiera y se lavara la cara, la verdad se vistió con cintas rojas y collares de cuentas negras y verdes, pero en cuanto a lavarse la cara, ¡NO!; después de amenazas y castigos, la verdad se lavó la cara, el cielo al ver el rostro de la verdad, desencadenó la ira y empezó la tristeza en la tierra, la tierra lloró tanto y tanto que se inundó, las lluvias ahogaron a la verdad y crearon la razón.

✓ **La Palabra:** El mito de la palabra, según de Nicolás Buenaventura Vidal, relaciona al cuentero con aquel que cree en la palabra, en su palabra, la palabra vale más que mil imágenes, se está hecho más de palabras que de huesos, músculos, sangre y piel; en el verbo la palabra se encuentra en el génesis: al principio " fue el verbo y el verbo se hizo carne y habitó entre nosotros".

El mito ha jugado un papel muy importante en la vida del hombre; tanto es así, que el comportamiento del hombre no se da de una manera gratuita, su comportamiento esta permeado por la historia, sus ancestros, sus creencias.

El hombre al creer que había superado los mitos creó un mundo totalmente material basado en lo real, dentro de esta concepción, se han tratado de solucionar las necesidades en la salud; es así como para obtener la salud se tiene en cuenta la causa y se elimina la enfermedad. El hombre para eliminar la enfermedad mira el órgano, o, el tejido enfermo, con el afán de aliviar, ha creado técnicas y materiales cada vez más precisos, ésto, lo ha llevado a atender una parte del ser, dejando de ver al hombre de una manera holística.

En la actualidad en el mundo prima el aspecto financiero, ésto ha hecho que se le de gran importancia a los conceptos de la oferta y la demanda en la salud y a evaluar el trabajo por la enfermedad que se trata, principios que están explícitos en la ley 100 de 1993 y que han conducido a no saber generar la salud.

En la postmodernidad todos los paradigmas son sometidos a la crítica y así el

pensamiento científico es seducido por el pensamiento mítico; la ciencia y la técnica tienen en cuenta el pensamiento mítico para dar soluciones a los numerosos problemas, se rompe la dicotomía entre lo sagrado y lo profano y de allí surge el mito y el discurso.

Para el actuar, el hombre lo hace con base en sus conocimientos adquiridos y en los mitos interiorizados, por esta razón es bueno conocer como piensan los hombres con sus mitos.

c) Lo Simbólico: Lo simbólico hace referencia al símbolo. El símbolo se interpreta como un mecanismo mental subconsciente que consiste en la representación de una idea, objeto, o, cualidad; por otra parte, el símbolo también es un emblema o señal que representa algo, que esta cargado de sentido.

Cuando se menciona lo simbólico, no se puede sustraer la cultura porque la cultura es una red de comportamientos, modos de vida; formada por el hacer del hombre que deja huellas como recuerdo de vida, influenciada por la comunicación y las relaciones. Por ser la cultura dinámica, se han creado diferentes símbolos a través de la historia, llegando a la conclusión, de que hay diferentes maneras de ver el mundo, y todas pueden ser válidas porque están ligadas al desarrollo de la cultura y de la sociedad.

El concepto de la salud va ligado a la cultura y por ende a lo simbólico, por ello, en su concepto ha habido cambios a través de la historia. El hombre interpreta los hechos según sus propios símbolos, en su cotidianidad puede llegar a explicarse quien es y a comprender la acción de sus semejantes.

d) Lo Mítico y lo Simbólico: El lenguaje mítico lleva a recrear lo común y lo diverso; lleva a la re-interpretación y a la hermenéutica. La hermenéutica ayuda a construir la realidad, a interpretarla y a buscar el sentido a las acciones; con ella, se logra integrar la realidad local y la realidad universal y se aprende a ver al hombre como un ser cósmico, protagonista de su historia pero consciente de la realidad

vivida y puede por ello ayudar a re-dirigir su vida, a ser Ser porque se recupera el pensar y el sentir y así es capaz de transformar para construir un mundo mejor. En esta misma hermenéutica, pero analizada desde la visión oriental, no prima el valor de la razón, sino el conocimiento interior (conocimiento con el corazón); en el se da una interiorización simbólica, hay una verdad espiritual, se integra el espacio sagrado y el espacio profano, donde se describen los hechos unidos al alma y así se llega a una hermenéutica mágica y mística que se reconoce preponderantemente uno y absoluto.

La salud es un fenómeno dinámico que se construye día a día con nuestros saberes, por lo tanto todo equipo de la salud debe trabajar interdisciplinariamente, para diseñar programas donde se tenga en cuenta la realidad social y la nacional, debe valorarse la cotidianidad de la comunidad, aprender a aceptar el pluralismo ideológico, la diversidad filosófica; porque todos esos conceptos son enriquecedores

Para conocer la salud y la enfermedad, es necesario estudiar al hombre en su estado normal y en su relación con el medio ambiente en que vive, conocer sus mitos y sus símbolos e investigar al mismo tiempo las causas que pueden perturbar el equilibrio entre el hombre y el medio exterior social en el que se desempeña e interactúa.

El mito y el símbolo ayudarán a revelar los modelos para explicar el por qué de la conducta humana, con este conocimiento, el futuro agente de la salud aprenderá a generar la salud, dejará de dividir al hombre, educará para cuidar con ahínco lo natural y dejará de ver la salud como no enfermedad.

Al entender los mitos y los símbolos se encuentra que ellos no son una realidad tangible sino varias realidades arquetípicas, razón por la cual se hace indispensable buscar la ayuda del lenguaje para que los hombres se entiendan y puedan relacionarse civilizadamente entre sí.

El lenguaje y lo simbólico permiten el dialogo con la comunidad y el nosotros,

buscando de esa manera un cambio eficiente que conduzca a la emancipación del hombre. Este lenguaje tiene una significación social - cultural, ciencia - poder y la formación humana.

Habermas filósofo postmoderno habla de la importancia en la práctica científica de tener en cuenta el trabajo, el lenguaje y la interacción social; además, se debe tener en consideración que no solamente existe una realidad objetiva sino varias realidades, subjetivas, porque en cada realidad, objetiva o subjetiva conlleva en sí su propia: lógica, su validez y su propio interés histórico y filosófico.

Actualmente la comunicación utilizada es instrumentalizada, y en ella se busca la explicación de la realidad por medio del discurso científico - técnico. Sin embargo, para lograr una mejor comunicación hay que tener en cuenta la racionalidad global, el instinto, la intersubjetividad, lo evidente y lo no evidente porque el intelecto con la ayuda de la sensibilidad y la razón, van creando una obra de arte de la realidad vivida, de la experiencia existencial.

El concepto de la salud debe constituirse por todos, como una colmena que asimile los movimientos de rotación y de traslación de la tierra, con las celdas iguales porque todo debe tener igual importancia (lo ético, lo estético, lo económico, lo técnico). El hombre al analizar la vida actual encuentra encantos y desencantos que lo incentivan a transformar el mundo con una visión amplia de la salud; dando mayor calidad de vida y originando el respeto a los diferentes saberes (occidental y oriental); recreando un nuevo orden social y humano, uniendo lo mítico, lo profano y lo sagrado, valorando lo simbólico, respetando los rituales curativos, dándole la importancia a lo ceremonial y religioso en la promoción de la salud, uniendo el tiempo profano y el tiempo primordial, originando un nuevo "homo spiritualis" en la especie humana (según el mito cosmogónico del huevo: que da vida a un nuevo ser) y a un nuevo mito en el cambio de siglo y de milenio, el mito de cambio donde la humanidad le pide a Dios que recree al mundo, y le pide su renovación.

5. ANALISIS DE LA INFORMACION

Esta investigación se inició en un departamento de Salud Oral de una Institución de la Salud que presentaba crisis no solo por la congestión de los servicios, sino también porque existían grandes conflictos causados por la carencia de recursos, problemas por la implementación de la ley 100 de 1993 y por problemas de comunicación entre los agentes de la salud y los directivos.

La investigación se inició con un taller donde los odontólogos pudieron expresar los problemas que allí se presentaban y luego en consenso se priorizaron. Se observó angustia, estrés y la no visión de futuro. En este momento surge el primer interrogante de: ¿Qué dificultades se presentan en el odontólogo al pasar de una odontología curativa a una odontología preventiva? para efectuar este análisis se tuvo en cuenta :¿Cuál es el concepto de la salud que ellos manejan?, ¿Cuáles son las políticas que rigen el hacer cotidiano, cuál es la repercusión económica, social, ética, estética etc.?.

Después, se dictó el taller: "Una nueva atención en salud oral".En él se analizaron el impacto, las potencialidades y las barreras que existían para el cambio en la atención de la salud oral, se cuestionó el concepto de la salud que los odontólogos tenían, este concepto se analizó teniendo en cuenta la definición y los dibujos por ellos realizados, encontrándose en algunos casos una notoria disyunción entre la teoría y la praxis..

Los conceptos de la salud se asociaron al bienestar físico, mental y social. A las patologías existentes, al bienestar espiritual, al equilibrio integral y a la calidad de vida.

Posteriormente, se analizaron por medio de dibujos cómo los odontólogos promocionan una salud oral integral, en este análisis, llaman la atención algunos dibujos que pintan sólo dientes, otros sólo rostros, otros en un sentido irónico se dibujan aliviando enfermedad pero otros, muestran la familia feliz y un entorno agradable, aparecen las palabras ternura y paz.

Bajo el parámetro de estas conclusiones Se elaboró una encuesta para conocer otras visiones sobre el concepto de la salud oral y el impacto de la ley 100 de 1993, de los odontólogos, con las siguientes preguntas:

¿Cree que ha mejorado la salud oral en Colombia?. SI NO
¿Por qué?

Señale los efectos de la ley 100 de 1993:

Mejoría en la prestación de los servicios

Aumento de cobertura

Humanización

Sólo Mercado

¿Cuál es su visión en cuanto a la prestación de los servicios?

¿Si usted conoce la investigación del Doctor Erazo Acuña que concluye de lo encontrado?

¿El aumento en el número de odontólogos y en el número de higienistas orales ha incidido en la morbilidad en salud oral?

¿Efectúa usted un proyecto de salud para mantener sana a la persona? En caso de hacerlo diga que tiene en cuenta.

¿Al analizar la población que usted atiende que características presentan las personas con deficiencia de salud oral?.

¿Qué es la promoción de la salud?

Efectué un dibujo sobre la salud.

5.1 ANÁLISIS INICIAL DE LA ENCUESTA

La encuesta en su mayoría mostró:

- ❖ Se piensa que la salud mejoró, pero para la gran mayoría no.
- ❖ Bajó la incidencia de caries y de gingivitis.
- ❖ Se iniciaron los programas de promoción y prevención.
- ❖ Bajó la calidad del servicio.
- ❖ Se evidenciaron problemas socioculturales y económicos.
- ❖ La ley 100 de 1993 se asocia a aumento de la cobertura y al mercado.
- ❖ odontólogos se involucraron al cambio en el hacer cotidiano: al facturar, al hablar del cliente, no han participado efectivamente en el proceso, las ordenes son autoritarias se obedecen porque vienen del nivel superior, se observa estrés, mala comunicación, metas poco claras, se desconoce la idea de la globalización, de la participación; los profesionales evidencian que la calidad del servicio se ha deteriorado y se reafirma las falencias en la comunicación.
- ❖ Muy pocas personas conocen de la investigación del Doctor Erazo Acuña.

- ❖ El efecto sobre el incremento del número de odontólogos y el número de higienistas ha incidido un mínimo en la disminución de la morbilidad, la calidad del trabajo se deterioró, con la encuesta se observa como todos estos cambios han afectado al odontólogo como ser humano.
- ❖ Los odontólogos generalmente no elaboran un proyecto de salud pero si informan del control cada seis meses, las medidas son preventivas y focalizadas, solo evitan caries y algunas veces problemas periodontales.

¿Dónde se observa mayor deficiencia de la salud oral?

- ❖ Donde hay mayor problema económico, problemas de autoestima, deficiencias culturales, baja educación, en estrato bajo se observa mucha población desdentada, mala nutrición, no hay apoyo de los padres para estimular hábitos saludables.

En lo que respecta a la promoción de la salud, se evidencia que no se discriminan los conceptos de promoción y prevención.

5.2 ANÁLISIS DE LOS DIBUJOS

- ❖ Al analizar los dibujos sobre la salud elaborados por los odontólogos, en su mayoría se observan solo dientes, solo caras, crisis del profesional de la salud pero se ve que algunos observan al ser humano y el entorno.

5.3 ANÁLISIS DE ENCUESTA DIRIGIDA A LA COMUNIDAD

Esta encuesta se efectuó para conocer la comunidad que los odontólogos atienden.

De las respuestas obtenidas en la encuesta dirigida a la comunidad se desprende lo siguiente:

- ❖ Generalmente dieron tetero hasta los 5 años, muchos conocen las ventajas de la lactancia materna exclusiva, se observa un cambio de actitud al limpiar la cavidad bucal, generalmente los infantes se cepillan los dientes solos, los padres y madres no cuidan como realizan el cepillado, los niños(as), los infantes ingieren la crema dental, desconocen los efectos de la dieta en la salud oral, se endulza mucho con aguapanela y azúcares refinados, desconocen las ventajas de las frutas, del azúcar moreno y de las golosinas saludables, algunos cuidan de la dentición temporal para que no se dañen los dientes definitivos, desconocen las ventajas de llevar temprano al niño donde el odontólogo, cuidan la sonrisa por estética, les gusta la información de los programas preventivos.

- ❖ La palabra salud la asocian a Vida, bienestar, buen estado del cuerpo, sentirse plenos, vivir sanos, y fuertes, felices, sin enfermedades.

5.4 TALLER SOBRE SALUD ORAL

La comunidad después de un taller educativo sobre salud oral, contestó a la pregunta: ¿Cómo pueden ayudar a sus hijos en la Salud Oral? respondieron:

- ❖ Suspenderles el tetero, no dejarlos con el tetero en la boca, cepillarlos antes de acostarlos, disminuir los dulces aumentar las frutas.

5.5 ENTREVISTA A LOS DIRECTIVOS

Con el fin de analizar el impacto de la ley 100 de 1993, la entrevista con los directivos se hizo bajo las siguientes preguntas:

1. ¿Como puede definir la situación actual de la salud en Colombia?

R/= Caótica, Definitivamente la ley 100 fue deficientemente reglamentada y con numerosos vacíos, la poca reglamentación es descoordinada, y hay numerosos decretos que se contraponen los unos a los otros.

2. ¿Usted habla de unos vacíos, me puede aclarar esos vacíos en que consisten?

R/= La ley 100 habla de universalidad, pero una franja de la población superior al 50% sigue sin tener derecho al sistema de seguridad social, los mal llamados vinculados según la constitución deberían tener garantía del servicio pero en la práctica no puede acceder a ellos, a no ser que asuman los costos en la prestación de estos servicios.

3. ¿Que puede opinar del SISBEN?

R/= El mecanismo propuesto hace la clasificación del estrato socioeconómico de la población y además de servir para los servicios de salud, debería servir a otras actividades gubernamentales, pero fue desdibujado por intereses políticos.

4. ¿Qué ventajas y desventajas le ve a la descentralización?

R/= La descentralización es ideal para manejar un sistema de salud, pero no debe ser solo de la Responsabilidad como se ha pretendido, se deben descentralizar los

recursos necesarios para que los entes descentralizados asuman las responsabilidades que les competen. Esto no ha sucedido en nuestra nación.

5. ¿Cómo se deben manejar actualmente los recursos?

R/= Los recursos son centralizados ya que es el gobierno central es quién define: Cuánto, Cuándo y Cómo se envían los recursos a los diferentes entes departamentales y municipales, siempre con el inconveniente de llegar retrasados, ser insuficientes y muchos de los recursos como los del FOSYGA, no se entregaron a tiempo por falta de la reglamentación, mientras tanto lo usufructuó el gobierno central; las EPS estatales no tienen autonomía local y las ordenes son impartidas por el gobierno central.

6. ¿Cuáles son las ventajas?

R/= Descentralización con recursos propios porque permitiría que cada área departamental y / o municipal se desarrolle de acuerdo a sus verdaderas necesidades, es muy difícil que personas sentadas en Bogotá definan cuales son las necesidades de la Guajira, el amazonas, o el eje cafetero, pues desconocen la realidad de cada una de estas áreas. Si cada uno se desarrolla y se conocieran las expectativas de los usuarios se generarían mecanismos para solucionar los problemas de salud propios de cada área. Cada seccional, cada Centro de Atención Ambulatoria(C.A.A.) conoce sus propias necesidades, teniendo autonomía administrativa muchos problemas se resolverían más ágilmente, pero para esto se requiere personal administrativo bien preparado, ético con sentido de pertenencia a la institución y no a su partido político.

7. ¿ En el aspecto económico cual es la coyuntura que se presenta?

R/= Crítica, debido al déficit en la prestación de servicios, a la utilización inadecuada de los recursos por la burocracia y por la corrupción.

8. ¿En cuanto a la prestación de servicios, que opina?, ¿Se deshumaniza la atención en salud, al dirigir la atención al cliente y al mercado?

R/= Probablemente esto es un inconveniente en la aplicación de lo global de la ley, porque dependiendo del sistema de contratación que usted realice, va a tener intereses en uno u otro sentido. Me explico: Si se hace la contratación por capitación donde le entregan plata para que usted haga actividades en salud en una población X ,su interés es presentar la menor cantidad de eventos posibles, esto ocurre con muchas EPS privadas, ellas tienen la idea de que participan de un negocio y el negocio es captar los dineros que el usuario paga por el derecho a la salud, y prestar la menor cantidad de servicios posibles.

R/= Si usted contrata por evento donde pagan por cada una de las actividades que yo haga, mi interés va a ser totalmente curativo, quiere decir operar la mayor cantidad de pacientes, atender por consulta externa, atender por urgencias pero no me interesa la promoción y prevención de salud.

9. ¿El hecho de convertir al paciente en cliente tiene ventajas, o desventajas?

Ventajas

❖ El paciente al ser el cliente adquiere derechos para exigir, ya no entra a pedir por caridad la prestación del servicio.

Desventajas:

❖ Al personal que debe atender al usuario le han puesto cuotas de producción, eso deteriora la calidad del servicio profesional. Afecta la relación agente de la salud- paciente y se da origen a: agente de la salud –intermediario- paciente, deshumanizando el servicio.

❖ Hay que tener en cuenta que estas cuotas de producción por el binomio de salud-no enfermedad.

10. ¿Cómo cree que han reaccionado los agentes de la salud, hacia el cambio?

R/= "Han reaccionado mal porque la ley los ha tratado mal. En términos generales se dice que un gran porcentaje busca disminuir los costos en salud, con la disminución de los honorarios de los agentes de la salud. En muchas ocasiones se evidencia que los agentes de la salud paradójicamente son las personas que en salud se encuentran más desprotegidas bajo esta perspectiva ven la ley 100, como una afrenta personal, esto lleva a que se generen movimientos que torpedean el proceso y hace más difícil poder operativizar en forma adecuada y oportuna la ley."

11. ¿La ley 100 tuvo en cuenta el contexto, o fue traída de otros países?

R/= La ley 100 fue generada teniendo en cuenta ejemplos o experiencias anteriores y tomando lo mejor que cada uno de ellos tenía, pero falló al no tener en cuenta la realidad nacional.

Se hizo una ley 100 con numerosas ambiciones y se olvidó del recurso financiero con situaciones tan graves como el FOSYGA que permitiría que gente de escasos recursos se beneficiaran, se desbarajustó la ley cuando no se cumplió lo proyectado inicialmente: por cada peso que se consiguiera de solidaridad de los trabajadores habría un peso que colocaba el gobierno; en un decreto posterior, el gobierno resolvió que no colocaba lo que le correspondía a él porque tenía déficit fiscal quitando el 50% del presupuesto a dicho fondo.

Además de lo anterior hay que tener en cuenta que en Colombia existe la cultura de la evasión porque siempre se evaden responsabilidades, el 90% de los trabajadores informan que ganan menos de dos salarios mínimos y por lo tanto no aportan al fondo. Para agravar esta situación el gobierno aceptó por presiones sindicales, que

sectores de la población como los maestros, los trabajadores de: Ecopetrol, fuerzas militares y para completar los propios senadores quedaran exentos de pertenecer al sistema de seguridad social.

12. ¿Opina usted que la Universidad Colombiana está formando el profesional de salud, que se necesita en la actualidad?

R/= No, infortunadamente los médicos y los odontólogos en formación están siendo preparados por especialistas, teniendo en cuenta la medicina y odontología de gran complejidad donde hay gran disponibilidad de recursos tecnológicos y se atienden pacientes de alta gravedad, cuando se acaba el pregrado y se inicia el año obligatorio, los médicos y los odontólogos tiene que enfrentar la realidad de pasar del tercer nivel donde se ha formado, a entrar a ejercer medicina en hospital de primer nivel, y la odontología con escasos recursos económicos y técnicos donde no existe ni el 10% de la tecnología que se va a utilizar, donde se ha perdido la parte clínica-médica, y se debe hacer consulta externa que es lo que menos ha efectuado.

Fuera de ésto hay dos vacíos gigantescos: uno es que no hay formación para promoción y prevención y se efectúa salud totalmente curativa y si se disminuye la promoción y la prevención, nunca alcanzará el presupuesto para la atención de salud, el otro es que no tienen énfasis administrativo, y se ha demostrado que mientras no sea el trabajador de la salud quién lidere la administración de la salud con los conocimientos que se necesitan para ello, el sistema no va a progresar.

En algunas facultades de odontología han iniciado programas de salud oral satisfactorios, pero el odontólogo al llegar a las Instituciones es evaluado por la cantidad de enfermedad que cura, dirigiendo su hacer a aliviar enfermedad.

Llama la atención las cartillas de actualización basadas en la evidencia donde participaron numerosas facultades de odontología en sus pastas predominan dientes, y en algunos cabezas, se ve al humano fragmentado.

13. ¿Qué estrategia se puede seguir para ayudar a salir de la crisis de salud en Colombia?

R/= La ley 100 tiene ventajas que deben ser explotadas pero son indispensables los recursos económicos. Existen varios requisitos que no se cumplen como: para matricular a un infante, para acceder a un préstamo bancario, para ingresar a la universidad, es requisito presentar el papel de la EPS a la cual pertenece, pero hasta estas entidades desconocen la reglamentación oficial, la ley no tuvo en cuenta el problema del desempleo, si nosotros no garantizamos que las personas que laboran aporten al sistema de seguridad social y que las personas que están sanas aporten al sistema solidariamente para ayudar a las personas enfermas y de bajos recursos, todo el andamiaje de la ley 100 de 1993 tambalea.

Es definitivo castigar las personas que evaden la obligación de pagar por salud, hay que quitar el concepto que la gente solo se afilia al sistema cuando tiene una enfermedad de costo alto, se debe aprender que pagar en salud es invertir, mientras no se cambie este concepto, lo que se haga y sin recursos, es una fantasía.

No es lógico que el Instituto de los Seguros Sociales sea el único que deba cargar con las enfermedades de mayor complejidad y mayor costo.

14. ¿Qué proyectos se han presentado y como se han tratado de generar más recursos para las entidades de la salud?

R/= Los hospitales como estrategia efectúan algo que va contra la misma ley: asume atender mas pacientes del régimen contributivo y subsidiado dejando al mal llamado vinculado, cada vez más desprotegido.

Hay boletines especiales para explicarle al trabajador y al empleador sobre la importancia de pertenecer al sistema de seguridad social, trabajando con el servicio seccional, tratando de corregir los errores que se cometieron con el SISBEN y por ende saber cuales son los afiliados del régimen subsidiado pero los procedimientos son lentos. Si no se dan recursos inmediatamente se generará un caos en la prestación de los servicios que como es común en el país, terminará siendo deuda pública, asumiendo los sobrecostos a que esto da lugar.

15. ¿Teniendo en cuenta que la mayor parte de la población Colombiana gana el salario mínimo, que hay gran cantidad de personas desprotegidas en materia de salud, la crisis de la salud es catastrófica, además si se quiere hablar de un desarrollo humano, hay que tener en cuenta los infantes desnutridos con problemas de aprendizaje donde cada día se va generando una barrera más amplia entre las clases más y menos favorecidas, agudizado con el problema de los desempleados por las crisis económicas de los municipios. Cómo podemos atacar este problema?

R/= Estudios internacionales demuestran que el número de INSTITUCIONES DE SALUD no afecta de manera significativa el nivel de vida de la población, se ven enfermedades crónicas que cambian de presentación, no valen la pena los antiparasitarios sino se soluciona el problema del agua.

No se justifica el manejo de enfermedades respiratorias sino se maneja el medio ambiente, y éste requiere un programa más global.

La promoción y la prevención son fundamentales pero debe evitarse la creencia que es ahorro inmediato en salud. Se debe seguir curando pero dando gran apoyo a la promoción y prevención.

5.6 DIARIO DE CAMPO CON LOS ODONTÓLOGOS

Del estudio de campo se puede concluir:

- ❖ En cuanto a las historias clínicas se observan que solo se valoran las caries, la enfermedad periodontal y las complicaciones pulpares, si consignaran, las maloclusiones dentarias esta sería la principal causa de morbilidad en la salud oral, no se efectúa el estudio de espacios en dientes temporales que pueden ver desde época temprana si van a caber todos los dientes. No se evalúa el desarrollo armónico del sistema estomatognático. No se tiene en cuenta el riesgo biológico, ni el riesgo social. Cuando los niños llegan al consultorio con gran temor, este generalmente ha sido transmitido por los padres o por las madres, se encontraron numerosos niños maltratados por los padres, las madres y por los agentes de la salud.
- ❖ Los odontólogos no elaboran el proyecto de la salud porque para ellos la función de educar es de la higienista oral y la higienista no educa, solo informa sobre la prevención dental.
- ❖ Los niños cuando pierden el temor se comprometen efectivamente en su autocuidado.
- ❖ Es necesario que el odontólogo valore lo que observan los niños y niñas al ingresar al consultorio odontológico. Si los odontólogos se agachan quedando de la estatura de los infantes podrán comprender el temor que causa el llegar allí, no se observan sino mangueras, equipos desconocidos y muchas veces un profesional con la cara totalmente tapada que no logra una comunicación efectiva.
- ❖ El miedo de los infantes se disminuye al sentarlos en el butaco del odontólogo y al conocer la cavidad bucal del papá o de la mamá.

- ❖ Se observa apoyo a los buenos hábitos de cepillado en algunas guarderías privadas.
- ❖ Al evaluar al programa SIPI se observa inequidad en los niños que están en guarderías públicas y guarderías privadas. Los últimos se muestran más activos y participativos.
- ❖ Para analizar el concepto de salud se creó un mapa de los conceptos de salud en la historia dentro de él se involucra el modelo, una mirada diferente a la salud del hoy y el modelo de la salud individual y colectiva que soñamos construir, iniciando un trabajo con imágenes.
- ❖ Se reflexiona, se inicia una nueva búsqueda, se vuelven a analizar los archivos de datos, las notas de campo, los documentos las transcripciones, se confronta lo encontrado con diferentes autores buscando comprensión de allí salen unas categorías iniciales aprendiendo de la complejidad heredada del ayer, construyendo el mañana y el concepto de la salud oral. Se leen nuevos autores, se vuelve a analizar lo encontrado, se vuelve a leer, se organiza, se efectúa un tamizaje y se orienta a nuevas búsquedas, se confronta lo encontrado con nuevos autores, se reflexiona y se encuentran las tres visiones existentes en salud oral: el odontólogo tradicional, el odontólogo salubrista y el odontólogo administrativo, se busca el porque de lo encontrado y se entra a trabajar con lo mítico y simbólico en la salud .
- ❖ Se encuentra que el odontólogo en su hacer cotidiano involucra sus conocimientos, sus mitos, su educación, su sensibilidad social, su cultura, su ética, pero a su vez esta actitud se ve influenciada por las políticas y las normas administrativas, a su vez esto queda permeado por las creencias y los conceptos .
- ❖ Su hacer cotidiano se basa en aliviar o prevenir la enfermedad pero no en promocionar la salud, el odontólogo ve al ser humano fragmentado, no

participa en el cambio porque le han negado la mayor parte de las veces los espacios de participación; además, el hacer solo en el consultorio lo ha vuelto un topo que todavía no conoce de interdisciplinariedad. El odontólogo administrador a su concepto de salud se le anexaron las palabras: cliente, mercado, facturación, oferta, demanda, eficiencia, eficacia, productividad y actúa sin reflexión de su hacer.

- ❖ El odontólogo salubrista tiene visiones de futuro, valora el aspecto biológico y el social, involucra la ética y la estética pero se ha aislado por no encontrar espacios para analizar y debatir el hacer cotidiano.
- ❖ La comunidad busca bienestar, programas educativos agradables, atención integral, participación. Esta comunidad se encuentra más permeable al cambio.

5.7 MITOS

Con los mitos se intenta explicar un mundo que carece de explicación, se tratan de encontrar los paradigmas ancestrales que rigen el inconsciente colectivo, para tratar de encontrar nuevas imágenes que generen una nueva conciencia social.

5.8 HISTORIA

Para reflexionar sobre el hacer cotidiano de los odontólogos se tuvo en cuenta la historia, se analizó desde el punto de vista biológico y social y por esto se analizó el ayer, el hoy y el mañana, se tuvo en cuenta la epidemiología, la promoción y la

prevención, las políticas existentes, la formación profesional para observar así de esta manera cuales son las barreras que obstaculizan el cambio.

En la historia de la salud se valoró lo sociocultural y lo socio simbólico. Se encontraron tres visiones en la odontología actual: el tradicional, el administrador, y el salubrista.

También se han diferenciado y especificado las razones que han originado las tres vertientes de los odontólogos hoy; sin embargo, se encuentran espacios donde comparten sus visiones; por eso se hace necesario una racionalidad comunicativa que ayude a debatir, a crear y a construir nuevos horizontes para una salud oral integral.

Dentro del curso de esta exposición Se reflexiona sobre lo encontrado y se vuelven a analizar los archivos de datos confrontados con las notas de campo, etc..

Se hizo además. El análisis de los instrumentos que permitieron recolectar la información. Esta parte se llevo a cabo en varias etapas: se efectuó un inventario de los documentos existentes y disponibles; posteriormente se clasificaron y se seleccionaron según la pertinencia, se leyeron los documentos seleccionados y de allí se extrajeron los documentos de análisis, y esto resultados se consignaron en tarjetas para mirar con mayor capacidad crítica tendencias convergencias y contradicciones.

Se ordenó el material para el análisis y desde luego se creó un archivo completo de entrevistas y procedimientos para procesar y analizar los datos. La primera organización de los datos obtenidos fue meramente descriptiva formalmente textual; luego se segmentó y clasificó esta información obtenida asociándola a las categorías descriptivas, al final se reagruparon de una manera diferente; una vez logrado este propósito, se torno a leerlos de diferente forma.

Posteriormente, se interrelacionaron las categorías descriptivas construyéndose las categorías de segundo orden, se presentaron los datos de otra forma, buscando

nuevas relaciones no visibles, descubriendo con sorpresa asociaciones y coincidencias significativas que fueron insertadas dentro del plan general de esta obra.

Lo anterior se plasma en los modelos: Una mirada diferente a la salud del hoy, y La salud individual y colectiva que soñamos construir en el mañana. Se segmentó la información y de nuevo se analizó en confrontación con las categorías de análisis, cortándolas y pegándolas de formas diferentes, logrando así otras perspectivas referenciales.

Luego surgieron las categorías descriptivas, las cuales se relacionaron con la información recogida. A medida que se avanzó en la investigación de esta "propuesta" se esclareció el tema u objeto de estudio y así se generaron nuevas categorías más teóricas y después se confrontaron estas categorías hasta que se saturaron. Se completó la matriz objeto de estudio y se buscaron interrelaciones que fueran mostrando la realidad sociocultural.

Se organizaron nuevamente las ideas y se obtuvieron nuevos hallazgos, se analizaron de nuevo las inconsistencias, incoherencias, discontinuidades para llegar a una parte más teórica y abstracta; para analizar en extenso este material de estudio se requirió de un permanente contacto con los participantes para corroborar su validez interna y se revisó la literatura existente para ratificar su validez externa.

Se buscaron además cuáles fueron los datos más fidedignos y confiables, eliminando lo falso y aquello que al comienzo parecía consistente en sus aportes pero que finalmente fue dejado de lado por ser un material falso o superfluo.

Posteriormente se creó un archivo con las notas de campo, se revisaron documentos, se transcribieron entrevistas, se codificaron los archivos, se realizaron descubrimientos creando una nueva matriz incidente en las visiones actuales acerca de la salud oral.

Se codificó minuciosamente la información significativa y se realizaron nuevas búsquedas, hasta llegar a la relectura y el análisis.

5.9 PASOS REALIZADOS PAR LLEVAR A CABO ESTA INVESTIGACION:

RECOLECCION DE LA INFORMACION:

ARCHIVO DE DATOS

NOTAS DE CAMPO

DOCUMENTOS

TRANSCRIPCIONES

Leer

¿?Reflexionar

Descubrimientos Informe

Buscar de Nuevo

Organizar

Tamizar

Nuevamente Buscar

Recodificar con Nuevos Aportes

Codificar. Identificar, Definir Segmentos

Leer

Descubrir Nuevas Cosas

Redescubrir

Informar

Toda acción referenciada a la salud se asocia a la cultura y de acuerdo con ella se construye y se renueva cada día, pero teniendo en cuenta que en esa construcción se integra la educación técnica, biológica, permeable muy poco al factor social. Y es aquí precisamente donde confluyen los signos, los símbolos y los imaginarios que forman parte indisoluble y activa del inconsciente colectivo.

Al sopesar con criterio de análisis las realidades existentes en odontología se observan puntos de encuentro en las tres visiones de la salud oral, que hacen pensar que con el tiempo se construirán nuevos imaginarios. Se espera que los nuevos imaginarios otorguen a una identidad propia a lo individual y a lo social reorientando la praxis y conduciendo a la ética. La acción de estos nuevos saberes construidos, serán de nuevo analizados y conformados dentro de la constante interacción. Estos conocimientos promoverán nuevos significados, logrando en consecuencia cambios dinámicos en el escenario cultural donde gesta y se recrean las imágenes simbólicas y se representa sin interrupción la parte social.

Se analizó en esta tesis el comportamiento dogmático y tecnocrático de las Instituciones; además el como lo transmiten condicionando las reglas de dicho comportamiento; como es que dejan huellas entre las generaciones como realidad la objetiva se convierte en una realidad subjetiva orientando a determinado conglomerado social. Estos complejos significados se entrecruzan con otros símbolos e imaginarios orientando el punto de vista de los odontólogos y así poco a poco cerebralmente se va moldeando su comportamiento. Así paso a paso, al actuar cotidianamente con la cantidad de información que reciben de una sociedad

moderna que se ha caracterizado por su complejidad, heterogénea y cambiante, van concientizándose acerca de que solo una mínima parte de la necesidad de promover la salud y la urgencia de prevenir la enfermedad llega a su interior.

Con el proceso de inteorización de la promoción y la prevención se modifican un poco los conceptos de la salud oral existentes y estos conceptos al ser fusionados con las imágenes de la salud, pueden lograr de cierto aliviar la enfermedad. Se inicia así entonces una nueva creación de símbolos, permitiendo que en el cerebro confluyan los imaginarios de la salud oral como no enfermedad y la salud oral como guardiana de lo natural. A esta nueva propuesta bien podría llamarse la salud oral del nuevo milenio, porque en ella se le da mayor relevancia a lo primordial; de esta manera se transforman los imaginarios y se unen dentro en un nuevo símbolo que a su vez genera la modificación de los modelos de salud oral existentes. Creemos que en esta propuesta confluyen las tres visiones de salud oral.

Sin embargo, los estímulos que llegan por otra vías de información, siguen dándole gran énfasis a la técnica; no se debe olvidar que el rendimiento de los odontólogos esta evaluado por la cantidad de enfermedad que tratan, y de que a pesar de que les llegue el estímulo de la salud como no enfermedad, y de la salud oral como vida, como bienestar, como cuidar más lo natural, estos estímulos solo logran parcialmente replantear el concepto de la salud de una manera muy leve, tan sutil que solo en casos excepcionales alcanza resultados satisfactorios.

Considerando las definiciones de Gilbert Durand, este autor expresa que existen tres modos de simbolizar el conocimiento ellos son: el signo, el símbolo y la alegoría. Según este tratadista: El Signo se refiere a una cosa sin hacerla presente. Ejemplo, la salud y el inconsciente colectivo - no enfermedad. El Símbolo, figura o imagen que se encuentra vinculada al sentido .ejemplo el árbol de la vida. La Alegoría es una representación detallada de una idea conocida previamente y que se traduce en figura. ejemplo ley 100 de 1993

Prosiguiendo nuestro trabajo Se filtró la información para darle coherencia a los

datos obtenidos; se separó la información a través de un filtro mental, teniendo en cuenta que en cerebro confluyen símbolos y fragmentos de la realidad, y que el mito es un intento de explicar un mundo que carece de explicación. Este mito se transforma en símbolo, dando origen a una nueva imagen, la nueva imagen modificara el hacer colectivo, creando conciencia de lo social porque los paradigmas míticos crean el inconsciente colectivo y dentro de él se amalgaman potencialmente el conjunto universal de todas las energías creativas o destructivas de la especie.

EN EL CEREBRO CONFLUYEN LOS SIMBOLOS Y FRAGMENTOS DE LA REALIDAD ORIGINANDO: *SIMBOLOS E IMÁGENES, IMAGINARIOS PASIVOS, RAZON IMAGINARIOS ACTIVOS*

Los imaginarios pasivos y la razón práctica según Kant dan coherencia a toda acción humana produciendo imágenes que posteriormente se convierten en modelos del hacer y del lenguaje. Las imágenes se transforman poco a poco, por ejemplo en el caso que nos concierne el odontólogo, al pie de un sillón atendiendo enfermedad, se puede llegar a vislumbrar como un odontólogo más salubrista y más comprometido con la salud oral de su comunidad. Esta nueva visión de trabajo aunque hipotética reorientará el hacer cotidiano del odontólogo, lo obligará a reflexionar sobre los símbolos existentes creando nuevos imaginarios y produciendo en su propio intelecto ideas novísimas relacionadas con la importancia significativa de su profesión.

Los nuevos imaginarios se comunicaran, se expresaran en nuevos pensamientos dentro de la mente de los odontólogos y orientaran su hacer, y ellos al hacer reflexión sobre el símbolo, creará un nuevo imaginario y comenzará a darle sentido al hacer.

Recordemos que la razón y la ciencia vinculan al ser humano como parte activa en la totalidad del universo, y la razón obtenida por medio de la fusión de la parte material y la parte sensitiva unida a la ciencia, reordenará los conceptos de la salud superando la crisis de sentido de la vida actual.

Para comprender las diferentes realidades de la odontología se debe valorar cualitativamente lo cognitivo de manera que se deleve el enigma de cómo se organiza y se estructura el conocimiento en la mente de los odontólogos para poder así descubrir las nuevas estructuras y esquemas mentales relacionados con la realidad experimentada, no solo en la realidad objetiva sino también en la subjetiva.

En este universo simbólico que a todos nos integra los odontólogos por su parte ordenaran consciente o inconscientemente todas sus acciones, de acuerdo a los niveles de conscientividad que ellos posean para desentrañar nuevos conocimientos.

En este orden de ideas también se debe tener en cuenta la acomodación y adaptación propia del siquismo humano, dentro de los esquemas antiguos ya superados pero que todavía pueden adaptarse a una nueva interpretación donde puedan conjugarse lo antiguo y lo moderno; igualmente debemos comprender, que los símbolos modifican las acciones humanas y estas a su vez pueden convertirse en conciencia reflexiva.

Como podrá comprobarse, en esta investigación el lenguaje fue en suma una herramienta valiosa para comprender el porqué de las tres visiones en la salud oral y otros diferentes tópicos relacionados con el ejercicio de la profesión.

Igualmente, en esta investigación se consideró válida interpretación humanística y semiológica como una herramienta muy útil en el análisis; por lo tanto es importante tener en cuenta lo que es y corresponde al autor y que es lo que permanece en su inconsciente como substrato de su actividad inteligente y así culmina el ciclo hermenéutico para el entendimiento.

Como complemento de esta disertación se tuvo en cuenta que los odontólogos están inmersos en un mundo social donde ha prevalecido fundamentalmente la técnica. Sin embargo los odontólogos al reflexionar, sobre si mismos y su profesión transformaran sus imaginarios en senderos que los conducirán a fusionar cerebralmente la parte sensitiva y la parte material, trabajaran de seguro con más

alegría, se interesarán mas por la vida y por cuidar lo natural, crearán fortalezas para hacerle frente a la realidad cambiante, reconocerán al otro abriendo caminos para ejercer una atención integral donde prevalezca el sentido de lo humano. Aprenderán a trabajar en equipo, a relacionarse interdisciplinariamente, orientarán su visión y creatividad hacia el logro de una odontología más científica y humana a la vez.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Ya acercándonos al final, recordemos que urge un nuevo concepto de la salud oral con visiones de futuro, sustentado por los tres actores y teniendo en cuenta los factores: económico, político, social, ético, estético conjuntamente acompañados de una descentralización estatal pero con una participación efectiva de los agentes de la salud y de la comunidad.

Cuando los tres actores (Directivo, agente de la salud y usuario) evolucionen hacia la construcción de un nuevo concepto de la Salud, se superaran las contradicciones sicosomáticas, el problema cerebro-mente y aprenderán a reconocerse como seres humanos, reflexionarán además sobre su hacer, valorarán su parte material y su parte sensible y perfeccionarán el funcionamiento cerebral y al reordenar su trabajo cotidiano mejorarán su calidad de vida porque al integrarse los opuestos en una unidad funcional en la cual los conceptos en apariencia divergentes e: salud-vida, salud -enfermedad, se sintetizaran en expresiones como: vida es la armonía del buen vivir, es la alegría celular, es el equilibrio de la parte espiritual y la parte material.

Convengamos pues en que los conceptos de la salud manejados por los tres actores, dependen de sus esquemas mentales y por lo tanto del desarrollo cerebral; y como es apenas lógico, de este mismo desarrollo surgirán las visiones que representen las diferentes realidades; por lo que se requiere y con prioritaria urgencia educar al ser humano de manera que logre hacer evolucionar su pensamiento a un nivel superior; este nivel superior integrará el cerebro y la consciencia. Así el ser humano reflexionará, con exactitud planeará con profundidad y creará un concepto de la salud diferente, con una epidemiología más real, con sistemas adecuados que valoren el contexto en su estructuración, para

que logren superar la robotización acelerada del mundo actual.

El ser humano al re-encontrarse con su parte sensitiva y su parte material, comprenderá mejor la historia, analizará la fluctuación del presente, creará nuevos caminos para construir un futuro más promisorio y re-encontrará el tesoro de la palabra y de la cultura; y con el lenguaje, como don inapreciable de la especie humana, timón que orientará la nave de la civilización hacia una nueva cultura de la salud: una salud creada por todos con verdadera vocación de participación, una salud donde se tengan en cuenta él Yo, él Tú y el Otro, sin darle excesiva importancia al costo financiero y otorgándole capital importancia al ser humano para que pueda disfrutar ojalá en un mañana no muy lejano de una vida digna de ser vivida.

Recordemos las lucidas palabras del Doctor Hugo Rossetti:” se debe trabajar para la felicidad, para el no miedo, para el no dolor, para ser más biológicos, para ser más humanos, hay que trabajar para la alegría celular.

6.1 RECOMENDACIONES FINALES

6.1.1 A las Instituciones: Al promocionar adecuadamente la salud disminuirán los costos en la atención curativa que es lo que prima en la actualidad.

Efectuar una Investigación de costos en la salud oral desde las ópticas de la odontología preventiva y la odontología curativa.

Rediseñar el costo de las tarifas de tratamiento, dando mejor valor a las tarifas encaminadas a generar una buena salud oral.

Crear un comité que valore el proceso del cambio.

Reeducar al odontólogo para que promocioe la salud y prevenga la enfermedad.

Valorar riesgos adecuadamente teniendo en cuenta los factores biológicos y los altibajos sociales, recordar que el riesgo es igual a la amenaza más la vulnerabilidad.

Estimular una atención más humana y holística.

Recordar que al trabajar la odontología para la salud, disminuye el estrés de los profesionales originando un trabajo más armónico, feliz, y eficiente, que estimulará el trabajo en equipo y que comprometerá finalmente a todos los trabajadores en el cambio.

Cada C.A.A. debe diseñar sus planes teniendo en cuenta sus recursos y su contexto.

Evaluar periódicamente lo planeado para redireccionar el programa según las metas propuestas.

Llevar el registro de los pacientes sanos pero teniendo en cuenta las maloclusiones, las caries y las enfermedades periodontales etc...

Implantar un estímulo económico a las Instituciones y al profesional que promocioe adecuadamente la salud oral integral.

Buscar nuevos parámetros para evaluar el rendimiento en salud oral desligando la atención de enfermedad a gran escala.

6.1.2 A los Odontólogos: Después de terminar un tratamiento dar un proyecto de salud (indicaciones) involucrando la parte biológica y la social.

Reevaluar los currículos de estudio en las facultades de odontología.

Educar a la comunidad en la necesidad de conservar el molar de los seis (6) años teniendo en cuenta que es el pilar de los dientes permanentes, educarla en la importancia de cuidar lo natural, haciendo énfasis que este molar puede durar toda la vida.

Involucrar a los odontólogos en los programas de promoción de la salud existentes en el C.A.A. para que ellos aprendan el trabajo interdisciplinario en equipo y conozcan a fondo la realidad de lo que afecta a su comunidad.

Evaluar los logros y dificultades para conseguir la meta trazada.

Estimular los hábitos saludables en las personas integrantes de cada núcleo familiar. Por ejemplo, estimular el cepillado en la familia, tratando de que cada miembro responsable coordine cada día la acción.

Enseñar a educar para un autocuidado de la salud. Se debe educar desde antes de nacer.

Nivel Auxiliar

Involucrar adecuadamente al personal profesional y a sus ayudantes en la necesidad de coronar exitosamente las metas propuestas.

7. EPÍLOGO

SENTIDO DE LA VIDA

Cuando te pregunten si vas a trabajar di que no. Di que no te gusta trabajar.

Di con entusiasmo y alegría que te vas a servir, a crear y a construir.

Di que te vas a encender luces y a sembrar buenas semillas.

Diles a todos con inmensa satisfacción que vas pintar de lindos colores el cuadro de la vida, para que haya más claridad y menos sombras.

Expresa con alegría y con orgullo que te encanta la labor de equipo y que has aprendido a convertir tu trabajo en oración, en alabanza y en gozosa gratitud.

Cuenta que te vas animoso a conquistar metas, a cambiar, a aprender nuevas ideas, a cuidar lo bueno del pasado y recibir lo mejor del presente.

Afirma que para ti el trabajo no existe como carga ni como castigo porque tus actos son parte de una misión sublime: ser un ser excelente.

Cuando te pregunten si vas a trabajar, exclama convencido que solo eres un instrumento dócil en las manos del buen Dios para perfeccionar la creación.

Di que el amor te da fuerzas para superar los contratiempos y que con Dios al lado todas las tempestades se calman.

Di que eres solo el pincel y que Dios es el artista.

Proclama que no trabajas desde que aprendiste a amar lo que haces.

Di que eres feliz sirviendo, creando y compartiendo.

Muestra que para ti el trabajo es un servicio que crea satisfacción y le da sentido a la vida.

Gonzalo Gallo G.

BIBLIOGRAFIA

ACOSTA AYERBE, Alejandro. El contexto internacional, los fundamentos conceptuales y políticos del nuevo modelo de cambio. Santafé de Bogotá D.C.: CINDE, Abril 1997.

----- La planeación y los modelos económicos en Colombia, Coyuntura, Perspectiva e influencia en la Educación y la Investigación. Santafé de Bogotá D.C.: CINDE, Agosto 1997.

ANDER –EGG, Ezequiel. Diccionario de pedagogía Argentina: Magisterio 1997 206p.

ARIAS, Francisco Javier. Encuentro de ética civil y convivencia ciudadana. Medellín: Periódico El Colombiano, Febrero 23 de 1997. P 3B.

BAMBULA DIAZ, Juliane. Lo estético en la dinámica de las culturas. Santiago de Cali. Tiempo Estético, Editorial facultad de humanidades Universidad del Valle: 1993.

BERGER, Peter y LUCKMAN , Thomas. Modernidad, pluralismo y crisis de sentido, La orientación del hombre moderno. Barcelona, España. PAIDOS: 1997.

BONILLA, BONILLA, Angela María y CHAVARRO PÉREZ, Amparo. Sistematización de una experiencia de educación para la promoción de la salud en territorio indígena. La Gaitana, La Plata. Huila. Tesis de grado. Neiva. 1996.

BUENAVENTURA VIDAL, Nicolás. Mitos de creación. Santafé de Bogotá D.C..Colección milenio. Grupo editorial Norma, 1998.

CORTINA, Adela y CONILL, Jesús. Democracia participativa y sociedad civil. Una ética empresarial. Santafé de Bogotá, D.C.: Fundación Social y Siglo del Hombre Editores, 1998.

DORMIDO, Sebastián Morales Julián, y Abad Luis sociedad y nuevas tecnologías Madrid 1992 Trotta 198 p.

ECO, Humberto. Interpretación y sobreinterpretación. Cambridge University Press, 1995.

ELIADE, Mircea Mito y realidad. Labor S.A., 1991.

ERAZO ACUÑA, Benjamín. Costos en Odontología. Revista de la Federación Odontológica Colombiana. # 191. Santafé de Bogotá D.C.: Unión Gráfica LTDA, Mayo - Octubre 1997.

GARCIA CANCLINI, Néstor Culturas Híbridas México 1989 Grijalbo 392 p.

GARAGAIZA, Luis. La interpretación de los símbolos. Anthopos, 1990

GÓMEZ DUQUE, Patricia; TRUJILLO GARCIA, Margarita María. Modelo Educativo para la Participación Comunitaria y el Fomento de Prácticas Cotidianas de Salud en Pasto. San Juan de Pasto: CIN DE, 1994.

HABERMAS, Jurgen. Teoría do la acción comunicativa. Madrid Editorial Tauros. 1987.

JUTEN, Paul. Una Vida por la Vida, Testimonios sobre la vida y obra de Héctor Abad Gómez. Bogotá: Coedición Paul Juteri ECOE, 1989.

MATURANA ROMESIN, Humberto. El sentido de lo humano, Santafé de Bogotá, D.C.: Dolmen Ediciones y Tm Editores. 1998.

MATURANA ROMESIN, Humberto y Varela Francisco. El árbol del conocimiento. Chile: Ed. Universitaria, 1996 172 p.

MAX-NEF MANFRED et al desarrollo a escala humana. Colombia: Editores 1997 122p.

MELICH Joan-Carles, del extraño al cómplice, Barcelona Anthropos th 1994 206 p.

MEJÍA FERNÁNDEZ, Luis Carlos. Sistematización de una experiencia de Investigación Participativa en la Salud Oral. Manizales: CINDE Universidad Pedagógica Nacional, Noviembre de 1994.

MEJÍA GÓMEZ, Diego; MOLINA DE URIZA, Jacqueline; SOTO SOTO, María Iraidis; RUÍZ PUYANA, Carmen Elisa. Salud Familiar. Bogotá: Instituto de los Seguros Sociales y Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, 1990.

MONTES CAMPUZANO, Víctor Hugo. Recursos Humano Odontológico en Colombia. Revista de la Federación Odontológica Colombiana. Santafé de Bogotá D.C.. Unión Gráfica LTDA, 3 de Octubre 1997.

OSPINA, Héctor Fabio: ALVARADO S., Sara Victoria. Ética ciudadana y Derechos Humanos de los niños, una contribución a la paz. Santafé de Bogotá D.C.. Cooperativa Editorial del Magisterio-CINDE, 1998.

PERES TAPIAS José Antonio. Filosofía y crítica de la cultura. Madrid: Trotta 1995 310 p.

POPPER, Karl. En busca de un mundo mejor. Barcelona: PAIDOS, 1996.

RESTREPO Luis Carlos y Espinel Manuel, semiología de las prácticas de salud Santa Fe de Bogotá: Javograf 1996 360 p.

ROSSETTI, Hugo, Salud para la odontología. Argentina:1995.

QUINTERO GÓMEZ, Héctor Hernando; SAVOGAL ATUESTA, Alba Marina. Proyecto para promoción de la salud en el programa de medicina. Armenia: Universidad del Quindío. Facultad de Ciencias de la Salud, 1996.

RICKEN, Friedo. Curso Fundamental de Filosofía 4. Etica General. Barcelona. España: Editorial Herder,1997.

ROLDAN, Ofelia et al ; ALVARADO, Sara Victoria; HINCAPIF. Claudia María; OCAMPO, Esteban; RAMÍREZ, Jorge Enrique; MEJÍA, Marco Raúl. Educar el desafío de hoy. Construyendo posibilidades y alternativas. Santafé de Bogotá D.C.: Cooperativa editorial magisterio, 1999.

SAAVEDRA Juan José, de los medicamentos y aledaños a través de los tiempos y los años Colombia Lafranco sf 130 p.

SÁNCHEZ BUITRAGO, Dairo. Análisis del desarrollo socio económico: Una Mirada Crítica desde una perspectiva técnica, ética, subjetiva y artística de los sistemas Médicos. Manizales: CINDE, 1997.

SÁNCHEZ BUITRAGO, Dairo. Talleres de Línea en Investigación de Pedagogías Activas y Desarrollo Humano. Manizales: CINDE, 1997, 1998.

SAN MARTÍN, Hernán; PASTOR, Vicente. Economía Salud. Medicina Y Sociedad. Madrid. España: Interamericana MC Graw Hill, 1989.

SCHULTZ, A.. La construcción significativa del mundo social. 1993

TODOROV, Tzvetan. Simbolismo e interpretación. Monte Avila Editores, 1992.

TRIANA DE RIVEROS, Blanca Isabel. Derechos y Deberes de los Niños. Santafé de Bogotá, D.C.: San Pablo, 1998. Facultad de medicina. Universidad de Antioquia. Cátedra Abierta: Reforma de los servicios de salud en el mundo. Boletín Volumen 1 No 1, 2, 3. 4, 5. Medellín: Comité Editorial: Cano Gaviria, Eduardo. Carmona Fonseca, Jaime. Blair Trujillo, Silvia, 1998.

Red de pedagogías constructivistas, pedagogías activas, y desarrollo humano (PONENCIA: Primer encuentro internacional y cuarto encuentro nacional de ética ciudadana y derechos humanos de los niños: una contribución a la paz. 1998). Universidad de Manizales. CINDE. Manizales. Junio 1998.