

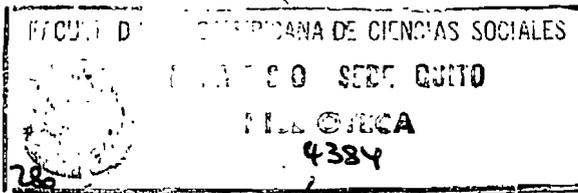
POLITICA DE SALUD Y COMUNIDAD ANDINA



cuadernos de
discusion
popular N°5

José Sánchez Parga
Claudio Barahona
Galo Ramón
Raúl Harari
Oswaldo Flores
Allan P. Castelnuovo

POLITICA DE SALUD Y COMUNIDAD ANDINA



CAAP: Editores

REG. 113224
CUT.
BIBLIOTECA - FLACSO

PRIMERA EDICION

**Auspiciada por el Consejo Provincial de Pichincha
Cuartas Jornadas Culturales de Mayo. 1982**

INDICE

<i>Presentación</i>	5
<i>Editorial</i>	7
<i>Introducción</i>	
<i>Carlos Coloma</i>	11

REFERENTES

<i>Marginalización de la Medicina o Medicalización de la Marginalidad: José Sánchez - Parga</i>	21
<i>El Proceso de Morbimortalidad en la Comunidad Andina: Documento CAAP</i>	39

EXPERIENCIAS

<i>Los Caminos de la Cura José Sánchez - Parga</i>	121
<i>La Soba de Cuy Claudio Barahona</i>	139

<i>Fitoterapia en Medicina Tradicional: Guantualó</i> <i>José Sánchez - Parga</i>	155
<i>La Odontología en el Sistema No Formal</i> <i>Oswaldo Flores</i>	179

ALTERNATIVAS

<i>Sistema de Salud Comunitario y Poder Popular</i> <i>Galo Ramón</i>	197
<i>Concepción y Metodología del Proceso Salud- Enfermedad en la Comunidad Andina</i> <i>Raúl Harari</i>	255
<i>Aproximación Transcultural al Problema de Salud Mental en Ecuador</i> <i>Allan P. Castelnuovo</i>	281

LA ODONTOLOGIA EN EL SISTEMA NO FORMAL

Oswaldo Flores



SISTEMA NO FORMAL EN ODONTOLOGIA

“Asimismo mandó al Inca que los curaças y a la gente principal de la nación Huancavilca, que habían sido los principales actores de la embajada y traición; sacasen a cada uno de ellos y a sus descendientes para siempre, dos dientes de los altos y otros dos de los bajos, en memoria y testimonio de que habían mentido en las promesas que al gran Tupac Inca Tupac Yupanqui, su padre, habían hecho de fidelidad y vasallaje” (Garcilaso de la Vega. Lib. 9 Cap. III).

El Sistema No Formal, actual y vigente en la comunidad andina, aunque a diferentes niveles, incluye también recursos odontológicos. Si bien no se puede diferenciar una Odontología No Formal, tal y como se concibe desde el punto de vista moderno y occidental, se pueden recuperar algunas respuestas a la patología buco—dental por parte del Sistema No Formal. Este mismo hecho hace que la higiene buco—dental, el diagnóstico, la prevención y el tratamiento se guíen en general por los mismos principios de concepción del conjunto del sistema.

Al mismo tiempo, esta preservación del Sistema No Formal en lo odontológico, no se ha mantenido en forma pura y estática sino que, con el advenimiento de la odontología moderna, fue produciendo una diferenciación en los recursos humanos y tecnológicos que, frente a la presencia del Sistema No Formal, fueron dando respuestas que éste no las había desarrollado. Sin hablar de la utilización del torno de alta velocidad, en los procedimientos extractivos restauradores y protésicos la odontología moderna influyó poderosamente. Pero lo interesante es poder localizar la influencia de las propuestas modernas, porque a nivel del Sistema No Formal no ha habido una readecuación de las normas tradicionales, incluso ni siquiera de las redes e instancias que sigue su utilización, sino que ha sido a nivel de sectores mestizos, semiurbanos, donde ha hecho asentamiento.

Los campesinos indígenas de la comunidad andina también demandan atención odontológica moderna, pero previamente agota sus recursos que son fundamentalmente la búsqueda de preservar las piezas dentarias.

En cambio, a nivel semiurbanos la asimilación de las técnicas y recursos occidentales tiene otras connotaciones que sería necesario analizar. Por un lado, el hecho de que su presencia local refiere una situación socio-cultural que implica confianza y una gran práctica que lo hace competitivo en calidad de atención elemental y costos. Por otro lado, la búsqueda de adecuación y modernización de sus técnicas. Ambos elementos han puesto en seria competencia a la odontología moderna que a pesar de sus esfuerzos de tecnología y recursos humanos e incluso de su legalización que la provee de un instrumento represivo es fácil utilización, no ha conseguido destruir esas alternativas.

De cualquier manera merece distinción la respuesta del

Sistema No Formal de la de los sacamuelas semiurbanos, porque mientras aquellos son recursos no empíricos, correspondientes a una concepción del mundo y fuertemente vinculada a la Economía Campesina y a la estructura comunitaria, los sacamuelas corresponden a sectores de transición que buscan aprovechar los recursos y limitaciones de la odontología moderna para llenar necesidades inmediatas de demanda, con fines, de ningún sistema socio-cultural claramente delimitado. Esta última forma de respuestas, cargada de empirismo, es la que ha sido vista por las instituciones oficiales en el plano de la competencia y frontalmente combatida, al mismo tiempo que débilmente afectada, porque los sacamuelas siguen teniendo una gran demanda.

La Odontología Tradicional ha buscado más bien desarrollar los recursos de tratamiento incruento y tratando de mantener las piezas dentarias. Esta conducta tendría mucho que ver con el conjunto a la vida socio-cultural de la comunidad andina y de su tradición histórica. El párrafo de Garcilaso que encabeza este artículo muestra una de las facetas en donde la justicia imperial se expresaba a través de odontomutilaciones, pero también se han observado ornamentaciones odontológicas en piezas arqueológicas, y en ambas se puede advertir un subyacente interés estético, que cobraría fuerza dentro de lo que significa el mantenimiento estructural de la arquitectura masticatoria. Incluso frente al desgaste natural de las piezas, o en las patologías más frecuentes como caries, la actitud es de dejar seguir un curso natural a ambas o intervenir sin extraerlas, para que finalmente, las raíces que persisten, sean eliminadas espontáneamente, como rechazo orgánico.

MORBILIDAD MAS COMUN

En los trabajos de investigación y cobertura realizados

en las comunidades de la Sierra, se pudo observar distintos sectores sociales, etarios de demanda. Se trabajó en Pucará, Pambamarca y San Antonio (Cangahua), La Provincia y Cochabamba (Isinliví), Morochos y Arrayanes (Cotacachi).

Hay varias clasificaciones de enfermedades dentales, desde la de Bashkar que incluye cerca de 300 patologías hasta la de OPS que considera 998 enfermedades. Nosotros preferimos englobar lo encontrado en nuestro trabajo en tres grupos fundamentales: caries, paradontopatías y alteraciones dento-alveolares.

Para este estudio se consideraron como caries a la formación de una cavidad en el espesor del de la pieza dentaria que se forma por destrucción de los tejidos dentarios (esmalte, dentina, etc.) Se considera como caries desde la formación de una mancha de pigmento café negruzco hasta una cavidad que puede ser superficial o profunda, que invada hasta la cámara pulpar, a su vez la destrucción total de la corona dentaria. Sobre estas consideraciones se evaluó cantidad de piezas dentarias que tenían caries.

El estudio realizado en las escuelas de Pucará, San Antonio, La Bolsa, Morochos e Isinliví se concluyó que en niños de 6 a 10 años se encuentran un promedio de seis caries, de 10 a 13 años hay cuatro caries de promedio, y de cien niños estudiados sólo un 3 o/o no presentaba caries, se daba en pacientes en pleno recambio de piezas dentarias, de 10 a 13 años.

En adultos de 15 a 65 años, se encuentra un promedio de 8 caries, encontrándose en este grupo sólo el 1 o/o sin caries. En este grupo se pudo constatar además la ausencia por exodoncia de por lo menos cuatro piezas por individuo.

Considerando que son factores estructurales sociales y económicos los que determinan la patología buco—dental, no podemos dejar de señalar que en las comunidades estudiadas no tienen agua potable, ni tratamiento del agua con fluor. Esto hace a elementos ambientales que forman parte de los espacios donde se da la realidad buco—dental indígena, aunque lo fundamental será considerarlos jerárquicamente en relación de interdependencia con el conjunto del proceso socio-económico. En cuanto a las medidas higiénicas, éstas son elementales, discontinuas y consistentes solo en enjuagatorios con agua. Este tipo de higiene y prevención se puede observar sobre todo en niños escolares. Un estudio de la composición mineral de las aguas regionales sería también necesario.

Es importante considerar la distribución de las caries en relación a la vinculación de las comunidades con los centros urbanos y al tipo de alimentación. En las comunidades de Agato y La Bolsa, se observa mayor consumo de productos industrializados (galletas, caramelos, chocolates) no sólo como golosinas sino también como alimentos integrantes de la dieta cotidiana. Esto implicaría al mismo tiempo una disminución de la ingesta de granos tradicionales.

En las comunidades distantes de los centros urbanos, como Pucará, Pambamarca, y San Antonio (Cangahua), Morochos y Arrayanes (Cotacachi) y La Provincia y Cochaló (Isinliví) la dieta está compuesta de habas, fréjol, chochos, papas, cebada, trigo, maíz y otros granos.

La alimentación tendría relación tanto en lo que hace a la provisión de hidratos de carbono, proteínas, grasas y vitaminas, así como en cuanto a la consistencia de los mismos.

En cuanto a proteínas, son chochos, alfalfa, fréjol y ha-

ba, para los que más proveen. Fréjol, haba, alfalfa, quinua, cebada, maíz proveen hidratos de carbono. La composición en grasas es baja en general, con alguna diferencia en favor de la quinua y el chocho.

La composición en calcio de chocho, fréjol, haba, quinua es importante, pero la provisión de vitamina C es baja en general igual que la vitamina A. Todas estas vitaminas son necesarias para mantener la salud buco—dental.

SISTEMA NO FORMAL EN ODONTOLOGIA (II)

En cuanto a la consistencia de los alimentos, vamos a reconocer los tradicionales o no elaborados o mínimamente elaborados y los industrializados. Entre los primeros se destacan los duros o intermedios, con predominio de los primeros, y entre los segundos los blandos. Entre los industrializados destacamos también la gran cantidad de preservadores químicos utilizados, los fermentos y los artificios técnicos que generalmente van en contra del valor nutritivo de los alimentos.

Si aceptamos la hipótesis de que uno de los determinantes en caries desde el punto de vista biológico inmediato es el cambio de acidez bucal y la presencia de restos alimenticios, tenemos que buscar la asociación entre los alimentos en lo que hace a la composición (abundantes o no en hidratos de carbono) y en lo que hace a consistencia; los duros serían los que contribuirían en mayor medida a la limpieza de la dentadura.

En cuanto a la gingivitis, consideramos gingivitis a la inflamación de las encías, y no distinguimos cualitativamente sino en general. Si bien etiológicamente hay distintas razones biológicas inmediatas preferimos diferenciarlas en agudas y cró-

nicas ; la de tipo crónica es la más generalizada. El déficit de vitamina C, la irregularidad de la higiene y la desnutrición en general serían sus principales causas. Así, de cada diez pacientes (indígenas) mayores de 15 años que asisten a realizarse tratamiento buco—dental, en nueve de ellos hay inflamación en sus encías. En esta patología pensamos que el problema de desnutrición tiene un peso particularmente importante.

Los casos de periodontitis, como continuidad y agravamiento de las gingivitis, con inflamación de encías, destrucción del hueso maxilar, movilidad dental por alteración del tejido dentario se han detectado en alrededor de un ocho por ciento de pacientes adultos campesinos de las comunidades estudiadas. La alteración del tejido dentario se presentó afectando de manera parcial a las encías, a nivel de unas cuantas piezas, pero nunca se presentó afectando totalmente al maxilar superior e inferior.

Este porcentaje, tendría relación con la causalidad inmediata que determina la enfermedad. La causa inmediata se considera que puede ser, junto a la falta de higiene dentaria, la maloclusión; obturaciones, colocación de coronas y puentes, en forma defectuosa, cuestión que entre los campesinos es un tratamiento no común.

Cuando hablamos de Alteración dento—maxilares nos referimos a las anomalías de los maxilares. Consideramos anomalías dentales a la mal posición dentaria, dientes supernumerarios, macrodoncia, microdoncia, dislaceración, hipoplasia del esmalte, maloculsión. Será para nosotros anomalías maxilares la macrognatia (maxilar grande) y labio fisurado y fisura palatina. Este tipo de alteración con la arqueología y basado en la paleopatología.

Una mención particular es necesario hacer en relación

a la atricción. Esta alteración tiene relación con la alteración de la superficie masticatoria de los dientes. Aparentemente tiene relación con la alimentación, se observa en porcentajes similares en indígenas y mestizos, es más frecuente al consumo de alimentos duros, carne, o productos poco cocinados.

TERAPEUTICAS NO FORMALES USADAS EN ODONTOLOGIA

Los recursos terapéuticos más comunes en odontología, y aquí se evidencia su parte integrante del Sistema No Formal en este aspecto, son los fitoterápicos. Se utilizan emplastos, infusiones, cocciones, pomadas, o la aplicación directa de hojas o de la sabia de ciertas plantas sobre las partes afectadas.

Las propiedades fundamentales de las plantas utilizadas se refieren a lo antipirético, analgésico y antiinflamatorio y caústico. Se buscan efectos calmantes, estimulantes y reguladores.

En este sentido se usa el llanten por cuyas propiedades es fundamentalmente caústica.

Se aplica directamente sobre el diente doloroso; provoca un alivio, al afectar la terminación neurológica y a veces destruirla definitivamente. También, con la misma finalidad se utiliza el botoncillo, con efectos similares.

Para el dolor de muelas e hinchazón, además de otras aplicaciones, se utiliza la verbena, yerba que se muele y se aplica el zumo directamente en la región afectada.

La lágrima de eucalipto cocinada, y recibiendo el vapor, se utiliza para el dolor de muelas. Igualmente, cocinando la hoja de juyanguilla se logra una infusión analgésica y antiinfla-

matoria.

Para casos de manchas exógenas en los dientes, y alteraciones o sangrado de las encías se utilizan el arrayán, esen, botoncillo y llanten, preparados como infusiones para enjuagues, buchadas y limpieza buco—dental.

En las caries profundas con dolor, aparte de las antes nombradas se utiliza la hierba buena como aceite, la manzanilla, el toronjilo, el milín (Ashcomicuna).

La utilización de hierbas denominadas frescas para tratar cierta patología caliente es otro elemento donde la odontología No Formal aparece como parte de la cosmovisión comunitaria campesina y andina, reproduciendo la concepción de Frío—Caliente, formando parte de sus leyes y principios.

En ciertos casos se utilizan dos o más plantas, potenciando o combinando las acciones de las mismas. Así se utilizan el llantén como antiinflamatorio, la manzanilla como analgésico y el milín como antipirético; todas ellas en infusión y sobre todo para caries con exposición pulpar.

Entre los emplastos utilizados para disolver flemón, abscesos o persistencia de raíces, se encuentra la asociación de matico, llantén, linaza y hojas de haba, las mismas que machacadas y maceradas hasta dejarlas jugosas, son colocadas en un pedazo de tela y se aplican como vendas en el lugar afectado, por fuera de la zona afectada.

Las hiervas medicinales generalmente son obtenidas de la región o de los mismos huertos propios o cercanos, y generalmente se encuentran en zanjas, cabuyales, bordes de acequias, a orillas de ríos y sementerías o son directamente cultivadas en los jardines como plantas ornamentales.

Pero no se reduce a la fitoterapia los recursos del Sistema No Formal. Se han detectado incluso ciertas técnicas que corresponden con el objetivo de preservación de piezas.

Entre otros métodos de analgesia está el pastillaje, aplicación directa de preparados de hierbas en la cavidad cariogéna, aplicación de agua fría y también la aplicación de torundas con esencia de clavo; todo esto en caries.

En casos de hemorragia posteriores a las exodoncias irremediables, se colocan torundas de té, agua oxigenada, merthiolate o limón.

Entre otros recursos igualmente conservadores se encuentra la acción de sopladores y chupadores que actúan en flemones, abscesos, y donde nuevamente se puede observar la integración médica tradicional.

ODONTOLOGIA POPULAR EN MESTIZOS

Queremos caracterizar así a los recursos existentes en las zonas que se ubican en la periferia de las comunidades, o también en las proximidades de las ciudades o pueblos organizados y que no son sub—urbanos. La composición poblacional es fundamentalmente mestiza y sus actividades comerciales, intermediarios y transportistas. No disponen de agua potable, generalmente es entubada, y representan una transición entre la economía campesina y la comunidad, y entre la ciudad y el capital comercial pocas veces representándolo directamente.

En este ámbito se ubican recursos odontológicos, cuya demanda proviene de la misma región comunitaria y semiurbana. Este tipo de recursos se caracterizan por la receptividad e incluso búsqueda de asimilación de la tecnología moderna y

goza de gran confianza en la comunidad.

Sus bajos costos, utilización combinada formal y no formal y simplificación de las técnicas lo hacen aparecer accesibles a la población.

En general los empíricos mestizos son conocidos como sacamuelas, y se dedican fundamentalmente a las exodoncias, aunque en los últimos años han incorporado técnicas de Mecánica—Dental y Aplicación de prótesis. Disponen de un consultorio muy sencillo, con un sillón de peluquero, un pequeño motor dental, utilizan pinzas de pico de loro u otros plajos, y de material oxidable, aunque últimamente han buscado asimilar los progresos técnicos con adquisición de instrumental más sofisticado en calidad y material. Generalmente no utilizaban anestesia; hacen embriagar al paciente, pero también pueden usar anestesia. El costo por extracción va de los 30 a los 50 sucres. Esta conducta de atención y esta disposición de los recursos de atención es fundamentalmente para la demanda semiurbana. Para la atención de los sectores de la comunidad andina utilizan con más frecuencia los recursos tradicionales; incluso la misma demanda de la comunidad generalmente asiste alcoholizados, como provistos de la anestesia para la extracción.

La acción del sacamuelas no se reduce a su consultorio; sino que suele adoptar la forma de visitas domiciliarias a la comunidad según demanda, y allí atiende con las técnicas extractivas de pinzas rudimentarias o con piola en dientes temporales. Utiliza la piola de 1 mm. de grosor, la anuda a la pieza dañada y jala duro para arrancarla. Acompaña estas extracciones con la utilización de medicamentos o hierbas y aplique de torundas para el dolor y la hemorragia.

SISTEMA NO FORMAL EN ODONTOLOGIA (III)

CONCLUSIONES:

Si bien se requiere una extensión del estudio para hacerlo totalizador y globalizante, estas muestras son representativas de algunos aspectos que componen la odontología rural y que deberán desarrollarse.

En primer lugar respecto a la morbilidad de la población asociada a sus condiciones de vida, determinadas por su situación económico—ecológica y social. No se trata solamente de factores o indicadores micro o macro ambientales, sino de su inserción en el proceso social y productivo. Es necesario encontrar la relación de la patología buco—dental no sólo con la mayor o menor presencia de fluor o con la higiene buco—dental, sino con las determinantes estructurales de este proceso y que ubican al campesinado en una determinada ecología.

La llamada infraestructura no se reduce a la provisión de una u otra medida respecto al agua potable, que igualmente es necesaria, sino a la vinculación con el conjunto del sistema económico—social que lo define, representa y condiciona.

La consideración del Sistema No Formal en Odontología dada su pertenencia al Sistema, deberá estudiarse como parte de aquel en su concepción y diferenciarse lo que son acciones particulares de lo que es la división del trabajo. Seguramente tendrá relación con instancias de la comunidad, sean estas familiares, de núcleos de afinidad, o intracomunitarias que, sin dejar de representar la división del trabajo, adopta formas particulares que son necesarias de definir para cualquier política sanitaria racional en la comunidad andina.

Lo cultural en la comunidad andina, deberá interpretarse, dentro de la jerarquía del conjunto del proceso socio—económico, pero sin despreciarlo ni tratar de comprenderlo fuera del contexto de la comunidad andina y su tradición histórica.

La comprensión de lo terapéutico, tradicional pueden proveer de importantes recursos altamente eficientes para resolver problemas de salud buco—dental.

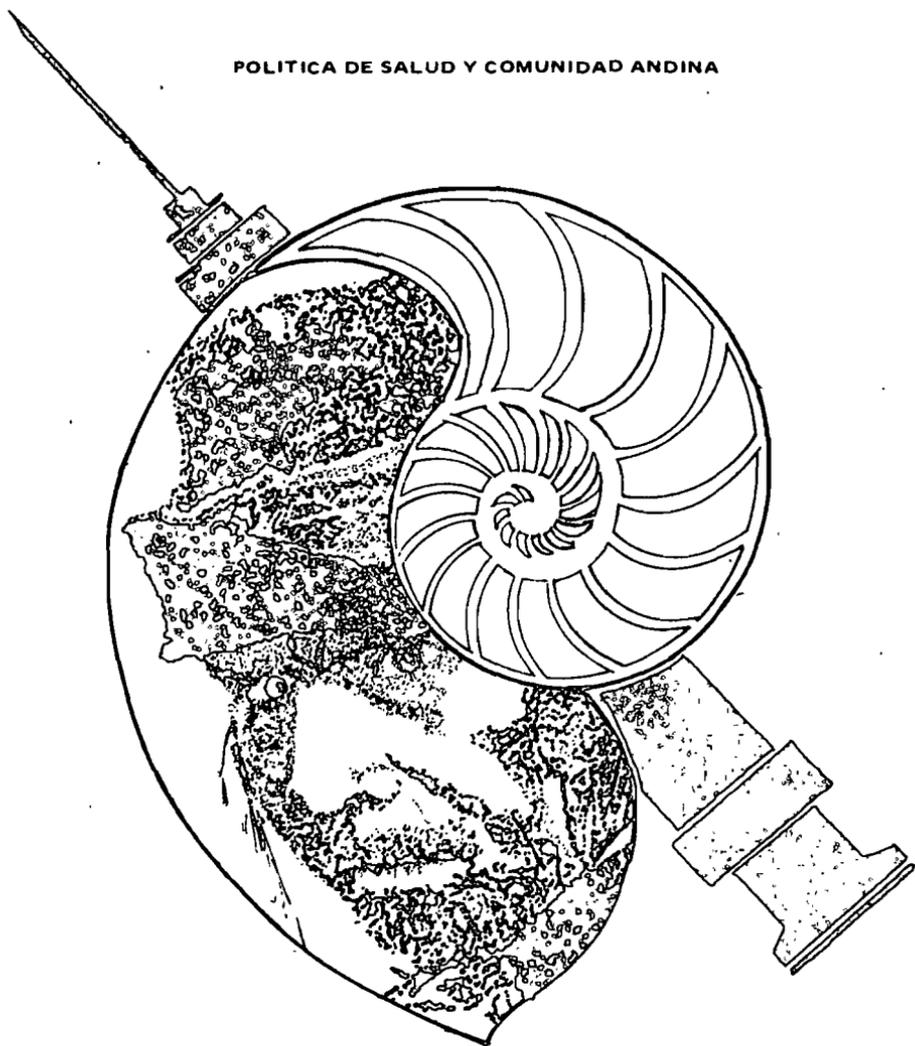
La diferenciación entre lo popular sistematizado en la comunidad andina, y como parte de su sistema global, deberá diferenciarse de lo que representa los sectores intermedios populares, donde lo empírico tiene más posibilidades de desarrollarse.

Lo estético, que es socio—cultural, tiene una función valorada por la comunidad en su dinámica interna, y que concentra parte de la concepción de lo que es higiene y prevención y tratamiento. Los limitados recursos higiénicos reducidos a enjuagues inconstantes, son aparentemente compensados por la conducta y comportamiento socio—culturales de preservar las piezas dentarias. En este contexto la existencia del tártaro sería secundaria a la búsqueda de preservar las piezas dentarias.

Estas conclusiones, iniciales e incompletas, deberán necesariamente constituirse en base para nuevas hipótesis. Pero lo que si deberá revalidarse es la necesidad inmediata de continuar esta línea de trabajo como guía de un enriquecimiento de nuestra comprensión odontológico—social.



POLITICA DE SALUD Y COMUNIDAD ANDINA



ALTERNATIVAS

