

**FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
CLINICA ESTOMATOLOGICA DOCENTE
“LIDIA DOCE”
SERVICIO DE PERIODONCIA
GUANTANAMO**

CONSIDERACIONES ACERCA DEL NEXO DESARROLLO - SOCIEDAD - ENFERMEDAD PERIODONTAL

Dra. Nancy Elías Sierra¹, Dra. Paula Villalón Fernández¹, Dr. Reinaldo Elías Sierra².

RESUMEN

El perfil estomatológico contemporáneo transita hacia la prevalencia de las enfermedades estomatológicas de carácter crónico, entre las que se destaca la enfermedad periodontal. Del análisis de su patogenia se deslindan diferentes factores que se asocian con el incremento de su incidencia y prevalencia, en cuyo comportamiento se vislumbra el impacto de los factores sociales y la influencia del desarrollo socioeconómico. Esta visión ha motivado la presente reflexión con el propósito de reflejar cómo se manifiesta en el ámbito de la enfermedad periodontal el nexo desarrollo sociedad. salud periodontal, como referente teórico desde donde enfocar las acciones de promoción de salud y prevención de las periodontopatías.

Palabras clave: PERIODONCIA; SALUD BUCAL; DESARROLLO DE LA COMUNIDAD.

INTRODUCCION

El nexo entre el desarrollo, la sociedad y la salud bucal es una expresión de la interrelación dialéctica entre las categorías de lo biológico y lo social^{1,2}; su dominio le permite al estomatólogo optimar su competencia profesional, de ahí la importancia de su estudio, cuya significación práctica está en que:

¹ *Especialista de I Grado en Periodoncia.*

² *Especialista de II Grado en Medicina Intensiva y Emergencias.*

- ✍ Su caracterización se constituye en un instrumento teórico-metodológico que permite organizar los preceptos teóricos para estudiar el proceso salud-enfermedad periodontal.
- ✍ Constituye un referente metodológico desde donde poder abordar la interpretación de las causas y mecanismos determinantes de la enfermedad periodontal.
- ✍ Ofrece las bases teóricas para establecer estrategias que promuevan la salud bucal, y permitan prevenir la enfermedad periodontal.

La importancia de este nexo se precisa ya desde el marxismo cuando se advirtió que el hombre es un ser social, y se reconoció la existencia de un macromedio (dado por la sociedad) y de un micromedio (dado por el ambiente en que se desarrolla el individuo)³, lo que explica por qué las diferentes formaciones socio-económicas en su desarrollo histórico influyeron en el estado de salud de la población.

DESARROLLO

En el ámbito de la enfermedad periodontal el análisis de la relación desarrollo - sociedad - proceso salud-enfermedad exige determinar los nexos positivos y negativos, y admitirlo desde la arista del desarrollo y de la salud. El desarrollo socio-económico implica una urbanización acelerada, sin que se establezca una infraestructura sanitaria, política y económica adecuada.⁴ Esto determina cambios en las condiciones de vida de la población, lo que en un significativo porcentaje de ella propicia el deterioro de su salud bucal, condicionado por las modificaciones en los hábitos higiénicos bucales.

En esas circunstancias se incrementan las demandas sociales de la población, lo que genera un ritmo de vida acelerado, mayor estrés, y modificaciones del sistema inmunitario, todo lo que incrementa la incidencia de enfermedades periodontales. El mismo estilo de vida de la población limita la búsqueda de atención estomatológica, lo que a largo plazo propicia la inadecuada higiene bucal y la prevalencia de las periodontopatías.

El desarrollo, además, propicia la comunicación, que implica una internacionalización de la vida social,⁵ y un incremento de la frecuencia de enfermedades infecciosas, como el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, mayor frecuencia de la drogadicción, lo que eleva la prevalencia de las peridontopatías.^{6,7}

Por otra parte, el desarrollo implica progreso social, y se establece que los países desarrollados se caracterizan por mayor desarrollo socioeconómico, y en cuanto es mayor disponibilidad de recursos económicos y tecnológicos, en tanto se satisfacen

más las necesidades básicas y se dispone de mejores condiciones de vida; así pues, las necesidades de salud de la población podrían ser mejor satisfechas. A medida que mejora el modo de vida y las condiciones de vida, más saludable podrá ser el estilo de vida de la población, la que en dependencia del régimen social y la voluntad política del estado, tendrá más acceso a las tecnologías que promueven la salud bucal, y mayor será su acceso de los servicios estomatológicos y su cobertura, siempre que se limiten las inequidades de salud, y se manifieste la protección social a la salud del individuo; es decir, se constituya la salud bucal como un derecho social

Se ha establecido una clara relación entre pobreza y salud.^{8,9} La pobreza y la mala salud bucal son fenómenos interrelacionados. El nivel de salud bucal de la población de los países pobres tienden a ser más bajo, y dentro de cada país las personas pobres tienen más problemas de salud bucal que las acomodadas. En los países pobres la población tiene un menor nivel de salud general y bucal, la pobreza genera menor cultura, menor acceso a los medios de propiciar salud bucal, la que deja de constituirse en una necesidad prioritaria para los pobres, pues en ellos, entonces, inciden otras necesidades de mayor impacto en su escala de valores. Además, en los países pobres prevalecen las enfermedades infecciosas y nutricionales^{10,11}, en las que con elevada frecuencia se manifiestan las afecciones periodontales.^{12,13}

El desarrollo implica el incremento de la expectativa de vida y de la población senil, lo que trae aparejado un mayor deterioro de la higiene bucal y el incremento de las tasas de prevalencia de periodontopatías crónicas.¹⁴⁻¹⁶ También, se suma, en el ámbito de los países desarrollados, el incremento del estrés y del hábito de fumar, los que se han identificado como factores de riesgo de enfermedad periodontal.^{17,18}

El comportamiento de las enfermedades periodontales no solo tiene carácter biológico, sino también, social. Diferentes factores sociales determinan la prevalencia de la enfermedad periodontal; se cita su relación con el género, la escolaridad, la cultura sanitaria, el ingreso económico, etc. Así, hay evidencias de que la enfermedad periodontal es más común en los hombres, en los de menor escolaridad, en los países con sistema de salud deteriorado o en los que el acceso y cobertura a los servicios estomatológicos es limitado, y en los que no se garantiza la protección social a la salud bucal.

Es dable comprender que en los individuos subescolarizados la cultura sanitaria sea precaria y en tanto será muy limitado promover la salud bucal y prevenir a la enfermedad periodontal; asimismo, la visión de esa población sobre estas enfermedades será limitada, lo que no les permitirá buscar atención periodontal.

CONSIDERACIONES FINALES

Del análisis de los factores de riesgo de la enfermedad periodontal se identifica su determinación social, y la importancia de controlar los factores que de carácter social intervienen en su patogenia.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Toledo CG, *et al.* Salud Pública. ECIMED, Ciudad de la Habana, 2000: 10-12.
2. Lang T. The public health impact of globalization of food trade. En: Shetty PS, Mc Pherson E: Diet, nutrition and chronic disease: Lessons from contrasting worlds. Chichester (UK), Wiley 1997:173-187.
3. Aldereguía HJ. La relación entre lo biológico y lo social. Instituto de Desarrollo de la Salud. Folleto, Ciudad de la Habana, 1984.
4. El informe de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud: su relevancia para los países de América Latina y el Caribe. Rev Panam Salud Pública 2002; 12 (3). Disponible en: <http://www3.who.int/whosis/cmh>.
5. Szoke J, Petersen PE. [Oral health of the child population. I. Situation in Hungary based on the epidemiologic study conducted for the WHO Oral Data Bank in 1996. Fogorv Sz 1998 Oct;91(10):305-14.
6. Bozyk A, Owczarek B. Incidence of parodontal diseases in workers of the Chelm Cement Plant exposed to cement dust. Czas Stomatol 1999; 43 (6): 375-80.
7. Rengo S, Simeone M, Fortunato L, D'Alessandro A. Epidemiological study of the dental status of a group of elderly patients in geriatric departments of provincial hospitals. Arch Stomatol (Napoli). 1998; 30 (4): 827-36.
8. Wagstaff A. Pobreza y desigualdades en el sector de la salud. Rev Panam Salud Pública 2002, 11 (5 - 6): 316-26.
9. Commission on Macroeconomics and Health. Macroeconomics and health: investing in health for economic development. Geneva: World Health Organization; 2001. Disponible en: http://www3.who.int/whosis/cmh/cmh_report/e/report.cfm?path=cmh,cmh_report&%20language=english (acceso 2 agosto 2002).
10. Organización Mundial de la Salud: Informe sobre la Salud en el Mundo 2000; Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra, Suiza, enero 2001.
11. Organización Panamericana de la Salud: Informe Anual del Director 2000. El progreso en la salud de la población. Washington, EE.UU., enero 2001.
12. Lembo de Parra LT. El metabolismo y su utilización en las patologías periodontales. Caracas; 1995:59.

13. Dorrnsoro de Cattoni ST. Ambiente bucal: equilibrio vs. Desequilibrio. Rev Dent Chile 1997; 88 (1): 12-21.
14. Brown LJ, Oliver RC, Loe H. Evaluating periodontal status of US employed adults. J Am Dent Assoc 1998 Aug;121(2):226-32.
15. Petrushanko TA, Tarasenko LM, Volozhin AI. Effect of adaptation to short-term stresses on periodontal tissue resistance to acute stress. Patol Fiziol Eksp Ter 1998; (2): 20-2.
16. Rosenberg H, Anderson B. Repensar la protección social en salud en América Latina y el Caribe. Rev Panam Salud Pública 2000; 8 (1-2): 23-31.
17. Gaetti JE, Zanolli T, Pedrini D. Smoking as a risk factor for periodontal diseases: microbiological aspects. Revista de Odontologia da Universidade de São Paulo 2003; 4 (5): 234-40.
18. Bouclin R, *et al.* The effects of smoking on periodontal structures: a literature review. J Can Dent Assoc 1997; 63 (5): 356-63.