

Naturalización del edentulismo en poblaciones vulnerables

La falta de piezas dentarias como marcador de inequidad
Estudio de caso en Tilcara, Provincia de Jujuy, Argentina



Por Irene Santilli

Odontóloga (UNT)
Especialista en Endodoncia (UBA)
Magíster en Sistemas de Salud y
Seguridad Social (Universidad ISALUD)

Director: Dr. Mario Glanc

Comité evaluador:
Dr. Rubén Torres (Universidad ISALUD)
Mg. Carmen Tarela (Universidad ISALUD)
Dr. Sergio Del Prete (Universidad ISALUD)

La presente investigación forma parte del trabajo de defensa de tesis de maestría de Sistemas de Salud, defendida en diciembre de 2014. Su versión completa se encuentra disponible en la Biblioteca de Universidad ISALUD). Este trabajo fue realizado con el apoyo del programa de becas "Ramón Carrillo-Arturo Oñativia", categoría individual, otorgada por el Ministerio de Salud de la Nación, a través de la Comisión Nacional Salud Investiga. Año 2013

Introducción

El edentulismo parcial o total representa una situación de inferioridad de condiciones en las relaciones vinculares de las personas que lo padecen. Las acciones más comunes como hablar o sonreír (estética y fonación) se ven condicionadas por un evento que avergüenza y genera desagrado y prejuicios en las demás personas, ya que se relaciona la ausencia de piezas dentarias con "descuido" por la imagen e higiene personal y con baja condición socioeconómica y educativa. Una de las funciones de los dientes es el soporte de los tejidos blandos oro faciales. La falta parcial o total de piezas dentarias se traduce en cambios estéticos en el rostro como hundimiento de carrillos, retracción labial, acortamiento de la distancia entre la espina nasal y el mentón, ensanchamiento lingual, avejentando el aspecto normal de la persona y desfigurando la facie normal.

La ausencia de piezas dentarias parcial o total influye en la masticación y por lo tanto en la digestión y la nutrición. "Las personas edéntulas suelen ir eliminando de la dieta las frutas, las hortalizas y la carne es decir los alimentos con un mayor cantidad de vitaminas, proteínas y minerales" (Krall, et al, 1998; Sheiham A, 2001; Joshipura KJ,1996; Hamada, 2001; Haraldson,1979.

Las piezas dentarias cumplen una función específica y grupal, es por esto que al perderse una pieza el resto del grupo tiene una exigencia extra. Cuando se ha perdido un sector de piezas, anterior o posterior, se ponen en riesgo todos los sectores cumpliendo funciones que no corresponden a su anatomía y generando TCM (Trastornos Cráneo Mandibulares).

La primer causa de edentulismo es la caries; la segunda es la en-

fermedad periodontal, que además es un reconocido factor de riesgo de enfermedades cardio y cerebro vasculares (Isasti, 2009; Ferrer; 2010), parto prematuro (Louis J. Muglia, 2010; Uppal A, 2010), bajo peso al nacer (OMS, 2009) en hijos de madres con periodontitis no controlada.

Las enfermedades buco dentales comparten factores de riesgo con las cuatro enfermedades crónicas más importantes: enfermedades respiratorias crónicas, cardiovasculares, cáncer y diabetes y es por esto que los países miembro de la OMS concuerdan sobre la necesidad de llevar a cabo una fuerte campaña de salud oral (OMS, 2009).

En Argentina, sólo una parte de la población ubicada en los deciles más altos, en lo que a ingresos se refiere, accede a un tratamiento integral de la salud oral cuando es paradójicamente en las poblaciones más vulnerables en la que se observa la mayor incidencia de patologías y por lo tanto mayor necesidad. El círculo de pobreza se retroalimenta ya que una persona desdentada parcial o totalmente, no tiene posibilidad de acceder a mejores trabajos. El edentulismo es una condición patológica altamente prevalente en poblaciones en situación de pobreza y/o socialmente vulnerables. Ha sido probada la relación entre caries, dientes perdidos y privación social ya que numerosos autores han señalado que las poblaciones desfavorecidas mantienen una situación de riesgo respecto a la caries dental, lo que ha llevado a considerarla como una enfermedad de la pobreza (Bordoni, 2010).

La provincia de Jujuy no es la excepción y en asociación con sus características geográficas, se pone en evidencia la inequidad en el acceso y uso de los servicios de salud, la distribución de la asistencia sanitaria no beneficia a los grupos más desfavorecidos y por lo tanto con mayor necesidad de atención.

Un aspecto que agudiza lo anteriormente expuesto es la falta de percepción, análisis, valoración y respuesta por parte de los sistemas de salud a este problema traduciéndose en un alto porcentaje de la población que queda sujeta a su capacidad de pago para revertir esta condición.

La evidencia obtenida a partir de esta investigación pone sobre la mesa un tema hasta ahora no discutido. Teniendo en cuenta la repercusión de la salud bucal en la salud general y conociendo la importancia de la función estética que las piezas dentarias claramente tienen (la ausencia de piezas dentarias es la marca de la inequidad, en el rostro de la persona que la padece), parece una obviedad que la prevención de la pérdida así como la restitución de las mismas se entienda como un derecho al que todos deberían acceder, no solo aquellas personas que se encuentran en los deciles medios y altos, en lo que a ingresos se refiere.

El marco teórico enunciado a continuación sustenta el enfoque del estudio.

- 1) Definición de edentulismo, enfermedad, discapacidad o condición. (OMS)
- 2) Habitus, la naturalización de la condición de edentulismo en la pobreza. Caries, dientes perdidos y privación social. Miedo a la situación odontológica. (Bourdieu, Pierre, 1988; Román Reyes, 2009; Bourdieu, 1972; Guerra Manzo, Enrique, 2010; Klingberg, G; Raadal, M; Arnrup K)
- 3) Pobreza, equidad y accesibilidad. Determinantes sociales de la salud. (Sen, Amartya, 2007; Sen, Amartya, 2002; Whitehead, 2006; Lolas F, 2001)
- 4) Repercusiones sistémicas del edentulismo. (Pullinger, 1993; Costen JB, 1934; Heinen, 2008)
- 5) La profesión odontológica. Su posicionamiento profesional y social. (Schapira, 2003)

1. Metodología

La investigación es de tipo retro prospectiva, cualitativa y cuantitativa. Se realizó una encuesta a 365 personas de entre 15 y 70 años, concurrentes a la sala de espera del Hospital S. Mazza y Los CAPS: Huacalera, Juella, Colonia San José; y se entrevistó a actores clave (responsables de los servicios de salud del Hospital Salvador Mazza y los tres centros de atención primaria de la salud seleccionados).

Se utilizaron también datos epidemiológicos ya existentes en la provincia.

- Unidad de análisis contextual (de estructura): características locales de los servicios sanitarios odontológicos de Tilcara.

- Accesibilidad geográfica, económica, administrativa, oferta y demanda de servicios.

1.1 Consideraciones éticas

Se utilizó el modelo de consentimiento informado, propuesto por la comisión de ética de la provincia de Jujuy, tanto para las encuestas como las entrevistas realizadas.

2. Resultados

Caracterización de la población estudiada: Edad promedio de 31 años, predomina el sexo femenino en un 62% de la muestra, esto se justifica en que las mujeres en edad fértil realizan mayor número de controles médicos periódicos y aquellas que son madres, concurren a la sala de espera del hospital y los CAPS para llevar a sus hijos a la consulta. Del total de la muestra el 65% trabaja y el 50% tiene algún tipo de cobertura social (29% obra social y 25% plan social), el promedio de hijos está por debajo de la media nacional: 1,65.

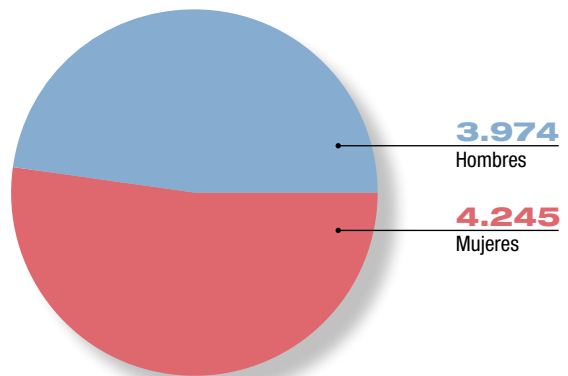
El 98% tiene agua potable y la relación entre personas por habitación demuestra que no hay hacinamiento, situación que generalmente se observa en las grandes urbes. La muestra presenta un nivel de escolaridad media (10 años). En cada zona, correspondiente a cada puesto de salud hay escuelas primarias pero la escuela secundaria está en Tilcara (gráficos 1, 2 y 3).

El 70% de la población encuestada concurre a la consulta odontológica durante el corriente año (2% nunca realizó una consulta odontológica), lo cual refleja una alta concurrencia, a pesar de ello el 30% sufre odontalgia (gráfico 4).

Signos y síntomas relacionados con la enfermedad periodontal en diferentes estadios fueron evidenciados: sangrado gingival 41%, caída espontánea de una pieza dentaria 25% y 20% de movilidad dentaria (gráfico 5).

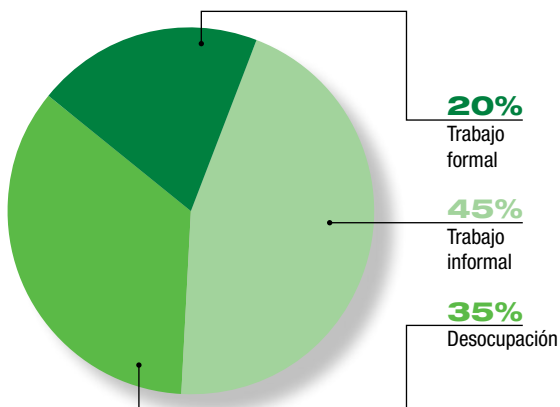
El 70 %, se sometió a una exodoncia alguna vez, 35% de piezas anteriores y 65% de piezas posteriores.

Gráfico 1
Distribución demográfica Tilcara
Población Total 8219



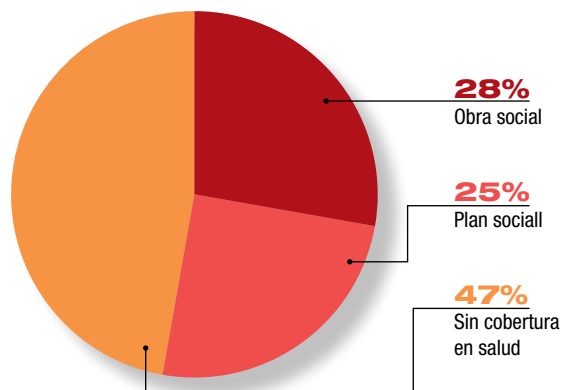
Fuente: Elaboración propia

Gráfico 2
Ocupación



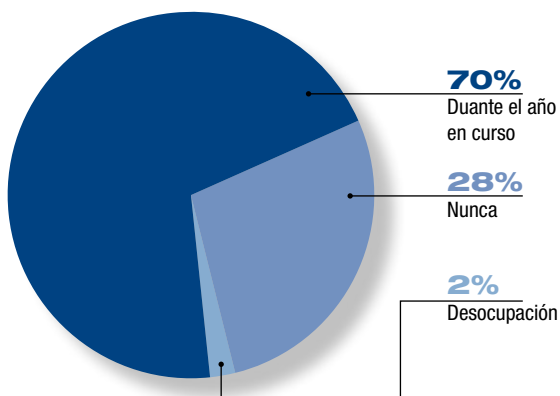
Fuente: Elaboración propia

Gráfico 3
Protección social



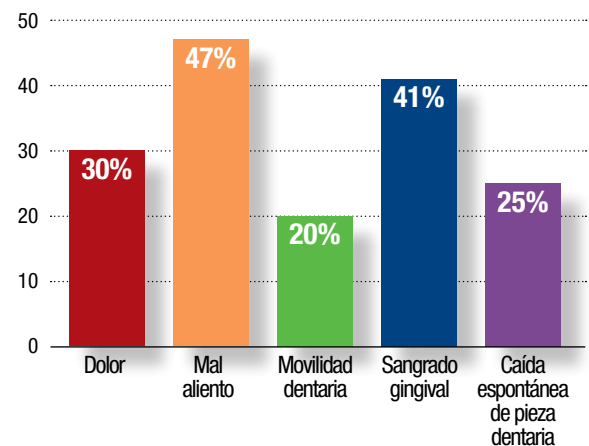
Fuente: Elaboración propia

Gráfico 4
Tiempo transcurrido desde la última consulta odontológica



Fuente: Elaboración propia

Gráfico 5
Signos y síntomas relacionados
365 encuestas



Fuente: Elaboración propia

En relación a la percepción del problema por parte de la persona afectada, el 50% expresa que su falta de piezas dentarias es una barrera para conseguir distintos empleos, el 25% acusa problemas para masticar, pero solo el 19 % elige los alimentos para poder desmenuzarlos e ingerirlos bien. El 22% se cubre la boca para hablar o reír (gráfico 6).

Al 30% de la muestra, alguna vez alguna persona de su círculo social le dijo algo respecto a su falta de dientes y el 20% se sintió discriminación por esta carencia. Es importante resaltar que estas preguntas fueron contestadas solo por el 50% de la población encuestada (gráfico 7).

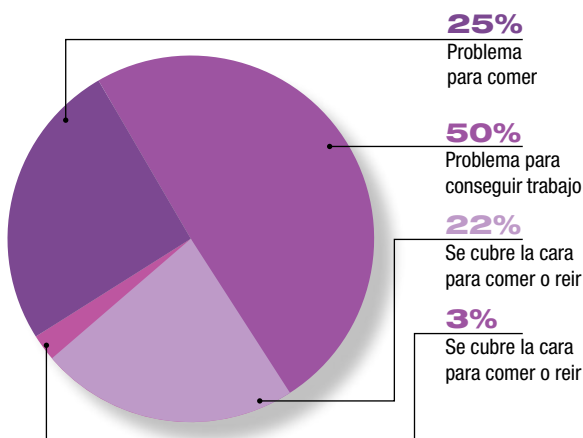
El 51% de los entrevistados notaron falta de piezas dentarias en las personas que los rodean, familia y amigos, y el 58% sostuvo que la carencia de dientes en su círculo social le importa, no le es indiferente (gráfico 8).

El 72% de las personas sostuvo que su vida mejoraría mucho si pudiesen reponer sus dientes perdidos, mientras que un 11% dijo que su vida mejoraría poco de resolver ese problema. El 17% no respondió a esta pregunta (gráfico 9).

La observación y las entrevistas realizadas a los responsables de los servicios de salud, permitieron identificar las siguientes barreras de accesibilidad para la preservación de piezas dentarias o la colocación de prótesis:

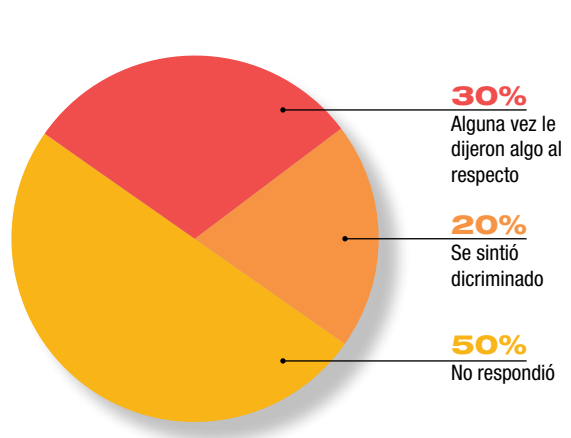
- 1) Geográficas: si bien no se observa barrera geográfica para la oferta existente brindada en el Hospital o los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) del área programática ya que la distancia promedio a los tres C.A.P.S. estudiados o al Hospital es corta (1,5 km, promedio). El Centro Sanitario Alvarado, que es el único lugar dentro del sistema de salud público a donde estas personas podrían acudir para realizarse una prótesis

Gráfico 6
Impacto en aspectos psicosociales y alimentarios



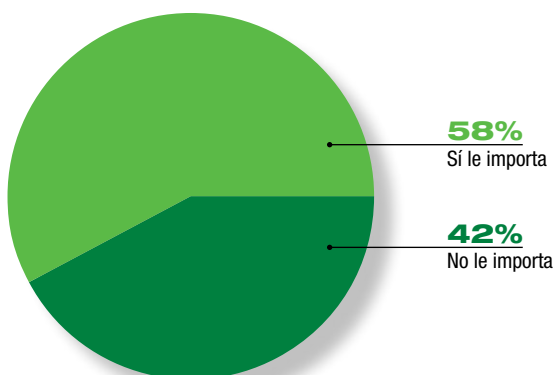
Fuente: Elaboración propia

Gráfico 7
Percepción del círculo social del entrevistado sobre el problema



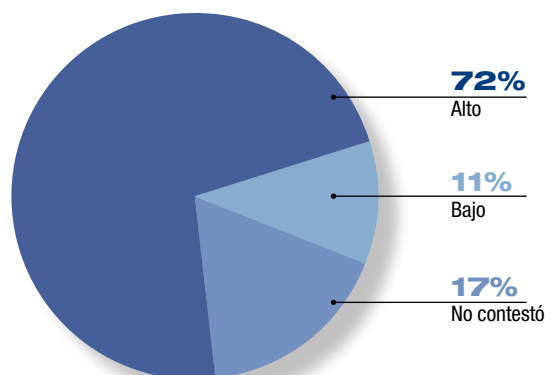
Fuente: Elaboración propia

Gráfico 8
Importancia de la ausencia de dientes en las personas del círculo social del entrevistado



Fuente: Elaboración propia

Gráfico 9
Impacto de la reposición de piezas dentarias



Fuente: Elaboración propia

gratuita, o endodoncias, está en San Salvador de Jujuy, lo cual significa tiempo y dinero para el traslado.

- 2) Económicas: Si bien solo un 14% de la muestra expresó directamente la imposibilidad económica de solventar una rehabilitación protética, dentro del 24% que respondió: “no, por decisión propia”, hubo quienes aclararon falta de tiempo o distancias. Esto sugiere un trasfondo económico.
- 3) Miedo al dentista: 30% de la muestra expresó miedo al dentista. Esta barrera puede ser un fuerte obstáculo para la atención temprana, que además se transmite en el núcleo familiar y social.
- 4) Falencias en el modelo de atención: No se observa en el sistema público del caso estudiado (Tilcara) la oferta de servicios para la preservación de las piezas dentarias afectadas, (endodoncia, prótesis fija), o la reposición de las piezas dentarias perdidas. Se evidenció una concepción “diferente” de la atención/prestación que se brinda en el sector público y en el sector privado.

3. Discusión

La relación existente entre enfermedad periodontal, parto prematuro, bajo peso al nacer, y accidentes cerebro vasculares, advierten sobre la presencia en la población estudiada, de un factor de riesgo prevenible.

En relación al elevado número de exodoncias es reflexión obligada pensar que si bien la definición técnica de edentulismo es ausencia parcial o total de piezas dentarias, en una concepción más amplia es *“una condición discapacitante que conduce a afecciones biológicas, físicas y psicosociales, causada por enfermedades prevenibles como la caries y la enfermedad periodontal, y en menor grado por el bruxismo.”* Es fundamental destacar que la indicación de exodoncia se remite a una situación en la que no existe ninguna otra posibilidad de tratamiento.

Los resultados conducen a pensar que el edentulismo en la población estudiada no está naturalizado ya que afecta profundamente distintos aspectos en la vida de estas personas y su entorno. Solo la mitad de las personas entrevistadas accedieron a contestar la pregunta relacionada a la mirada de los otros sobre el propio problema (gráfico 3), posiblemente esto se justifica en que la carencia de piezas dentarias es un hecho vergonzante.

Considerando que en el caso estudiado los dos centros de atención más concurridos (el Hospital Salvador Massa y el CAPS de Huacalera) cuentan con los recursos físicos necesarios para la ampliación de prestaciones que eviten las exodoncias no indicadas, y con la pericia de los profesionales que en ellos trabajan, es quizás una cuestión de voluntad político/sanitaria, incluir las prestaciones ausentes para la preservación de piezas dentarias, a la oferta hoy existente.

Se da por entendido, de manera irreflexiva, que por diferentes motivos expresados, en la atención pública las prestaciones necesarias para la preservación de piezas dañadas en forma reversible, están excluidas, situación esta que se repite en la mayoría de los servicios odontológicos del sector público del país y la región.

En Argentina, donde la carga de enfermedad buco dental es muy alta, se pone en evidencia la necesidad de llevar a cabo acciones que faciliten la accesibilidad de las personas a un tratamiento bucal integral, teniendo en cuenta que la accesibilidad es una dimensión clave y operativa de la equidad en salud, la cual constituye un elemento cardinal del derecho a la salud, entendida como un Derecho Humano y por ende, universal.

Los hallazgos obtenidos en esta investigación, ponen en evidencia la necesidad de modificar, a través de programas y /o políticas públicas, la respuesta automática y radical del sistema de salud a las patologías buco dentales.

Aporta datos relevantes para la sensibilización del recurso humano estratégico (tanto decisores como efectores) sobre esta problemática. Las conclusiones obtenidas ponen en evidencia la necesidad de impugnar el rol actual de los servicios públicos en salud bucal, así como la importancia de capacitar a los efectores tanto para reflexionar sobre las necesidades de la población a su cargo como para realizar aportes relevantes para la planificación de los problemas de acuerdo a cada región, con sus particularidades.

Las repercusiones biológicas de edentulismo han sido abordadas en numerosos estudios, sin embargo hasta ahora no se había profundizado en los aspectos psico sociales de esta carencia.

Esta investigación, contribuye a una comprensión más amplia del impacto de la falta de dientes en las personas afectadas.

Emergen nuevos desafíos para la investigación como establecer el costo de oportunidad de los recursos requeridos para el financiamiento de las prestaciones necesarias para evitar que sea el mismo sistema de salud, quien “genere personas edéntulas”.

Información emergente de esta investigación, sugiere la necesidad de evaluar y oportunamente reformular los programas preventivos vigentes.

Recomendaciones

Un camino hacia la desnaturalización del edentulismo

Considerando que el presente estudio representa una muestra representativa de un universo mayor, se recomiendan las siguientes acciones:

- 1) Reconocer el impacto del edentulismo en la esfera psicosocial y biológica de la población afectada.
- 2) Indagar acerca del impacto del edentulismo medido en años de

vida relacionados con la calidad de los mismos) HRQL

- 3) Incorporar el edentulismo en la planificación y la agenda sanitaria.
 - 4) Establecer el alcance de la cobertura en salud bucal, incorporando la opinión de la comunidad afectada.
 - 5) Capacitar a los odontólogos a cargo de los centros de atención primaria de la salud en las especialidades necesarias para evitar la conducta extraccionista de piezas dentarias (endodoncia y prótesis).
 - 6) Evaluar el potencial impacto financiero que tendría la ampliación de prestaciones odontológicas.
 - 7) Evaluar el costo/beneficio de la conducta extraccionista en relación a la preservación de piezas dentarias y su rehabilitación.
 - 8) Desarrollar los estudios de costo/beneficio necesarios para establecer acciones sustentables desde la óptica financiera y la óptica sanitaria.
- 9) Establecer el costo de oportunidad de los recursos requeridos para el financiamiento de las prestaciones necesarias.
 - 10) Fomentar la participación y el compromiso de actores involucrados en esta problemática: facultades de odontología, asociaciones odontológicas, instituciones formadoras de mecánicos dentales, la industria de materiales dentales para la planificación de acciones tendientes a alcanzar la equidad en salud oral.
 - 11) Proporcionar la información correspondiente a los ciudadanos, facilitando así la conducta preventiva y preservadora de piezas dentales.
 - 12) Fomentar la participación ciudadana en la eventual planificación de programas o políticas sanitarias para disminuir así la brecha existente entre necesidad, demanda y oferta de servicios odontológicos.
 - 13) Investigar posibles fuentes de financiamiento para la ampliación de la oferta hoy existente.

Bibliografía

- Bordoni-Escobar-Rojas-Castillo Mercado. "Odontología pediátrica, la salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual", primera edición, Buenos Aires: Panamericana, 2010.
- Bourdieu, Pierre 1988, *La distinción. Crítica social del gusto*. Taurus. Madrid, Pag. 477.
- Bourdieu, Pierre, 1972, *Esquisse d'une theorie de la pratique*. Droz. Genève, Paris.
- Costen JB, "Síndrome of ear and sinus symptoms dependente upon disturbed functions of the temporomandibular joint", *Ann Otol Rhinol laryngol*, 1934; 43:1.
- Ferrer, M. Equidad y Justicia en salud, Implicaciones para la bioética, *Acta Bioethica* 2003; a.o IX, N° 1.
- Feres, Magda Fonte, "Desde la infección focal hasta la medicina periodontal/From focal infection to periodontal medicine". *Rev. Fundación Juan José Carraro*; 15 (32): 41-46, sep-oct 2010, tab.
- Guerra Manzo, Enrique, (2010). *Las teorías sociológicas de Pierre Bourdieu y Norbert Elias: los conceptos de campo social y habitus*. *Estudios Sociológicos*, XXVIII Mayo-Agosto, 383-409
- Hamada 2001, Hamada MO, Garrett NR, Roumanas ED, Kapur KK, Freymiller E, Han T, et al. (2001), A randomized clinical trial comparing the efficacy of mandibular implant-supported overdentures and conventional dentures in diabetic patients. Part IV: Comparisons of dietary intake. *J Prosthet Dent* 85:53–60.
- Haraldson T.U.Karlsson, Carlsson GE, "Valoración de eficacia masticatoria y prótesis dentaria", *J. Oral Rehabilitation* 1979 Jan; 6(1), 41-8.
- Heinen Cortés, María Martha, "Impacto de la disfunción temporomandibular sobre la dieta del paciente". *Rev. Del Centro de Invs. (Méx.)*, Vol. 8 N° 31 Ene-Jun, 2008.
- Isasti, g y cols, (2009) "Inflamación y cardiopatía isquémica", cap. 4 del libro "Patología periodontal y cardiovascular, su interrelación e implicancias para la salud".
- Joshipura KJ, Willett WC, Douglass CW (1996), The impact of edentulousness on food and nutrient intake. *J Am Dent Assoc* 127:459–467.
- Krall E, Hayes C, Garcia R (1998), How dentition status and masticatory function affect nutrient intake. *J Am Dent Assoc* 129:1261–1269.
- Klingberg, G; Raadal, M; Arnrup K, "Miedo dental y problemas en el manejo de la conducta, capítulo 4 del libro "Odontopediatría: abordaje clínico" de Koch, Goran, Poulsen Sven.
- Lolos F, "El desafío bioético de la equidad: su relevancia en salud pública" (*) *Rev. Española de Salud Pública* 2001; 75: 187-192.
- Louis J. Muglia, M.D, Ph.D, and Michael Katz, Article "The Enigma of Spontaneous Preterm Birt" *M.D.N Engl J. Med* 2010; 362:529-535, February 11, 2010.
- Pullinger, A, Seligman, D, Gorbein, "A multiple logistic regression analysis of the risk and relative odds of Temporomandibular Joint as a function of common occlusal features", *J.J Dent Res* 1993; 72:968-979.
- Organización Mundial de la Salud, en el documento "Política de salud oral del municipio de Ibagué, Secretaría de Salud Municipal, Colombia, año 2009".
- Organización Mundial para la Salud, web. Definiciones enfermedad y discapacidad
- Román Reyes. HÁBITUS. *Diccionario Crítico de Ciencias Sociales. Terminología Científico-Social*, Tomo 1/2/3/4, Ed. Plaza y Valdés, Madrid-México 2009.
- Sen, Amartya, Bernardo Kliksberg, Ed. *Deusto Año 2007 Libro "Primero la gente"*.
- Sen, Amartya. *Rev. Panam. Salud. Pública* 11(5/6), 2002 "Por qué la equidad en salud".
- Schapira, Marta V. "La odontología en Argentina: historia de una profesión subordinada". *História, Ciências, Saúde. Manguinhos*, vol. 10 (3): 955-77, set.-dez. 2003.
- Sheiham A, Steele JG, Marcenos W, Lowe C, Finch S, Bates CJ, et al. (2001), The relationship among dental status, nutrient intake, and nutritional status in older people. *J. Dent Res* 80:408–413.
- Uppal A, Uppal S, Pinto A, Dutta M, Shrivatsa S, Dandolu V, Mupparapu M. *J Am Dent Assoc*. "The effectiveness of periodontal disease treatment during pregnancy in reducing the risk of experiencing preterm birth and low birth weight: a meta-analysis". *Source New Jersey Dental School, University of Medicine and Dentistry of New Jersey, Newark, NJ 07101, USA*. 2010 Dec 141(12):1423-34.
- Whitehead, M y Dahlgren G, publicado en inglés por la Oficina Regional de la OMS para Europa en 2006 con el título: *Conceptos y principios de la lucha contra las desigualdades sociales en salud. Desarrollando el máximo potencial de salud para toda la población*, Parte 1.