

La caries dental y la práctica odontológica con un nuevo abordaje desde la salud colectiva

Luis Enrique Pérez Silva, Edgar Carlos Jarillo Soto

Introducción

La caries dental es considerada el principal problema de salud pública bucodental pues afecta a la mayor parte de la población en el mundo sin que hasta el momento los abordajes tradicionales para tratar la enfermedad hayan sido suficientes.

Se han construido diferentes concepciones de salud, agentes y medios de intervención para explicar este problema, la más aceptada se adopta desde el siglo XIX con base en varios factores, el más relevante han sido los microorganismos al encontrarse en un medio ambiente adecuado para producir la caries dental; esa conceptualización permite entenderla justo como proceso biológico, y en cuanto tal tiene validez inmediata, pero considera su dimensión social como un complemento secundario. Los profesionales de odontología están prácticamente obligados a seguir interviniendo sobre las consecuencias de la enfermedad y no en sus determinaciones ni en fomentar la salud.

Esta visión fragmentada en salud generalmente soslaya la interacción social existente como verdadero campo de fuerzas en medio del cual históricamente viven y se reproducen socialmente las personas, omite el contexto socioeconómico y cultural como espacio determinante y con mayor influencia sobre cualquier microorganismo oral, y cuya solución está muy lejos de las propuestas sanitarias de intervención actuales.

Luis Enrique Pérez Silva, Candidato a Doctor en Ciencias en Salud Colectiva.

Profesor de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México

Correo-e: enriquep.silva@gmail.com

Edgar Carlos Jarillo Soto, Doctor en Sociología, Profesor-Investigador de la Universidad Autónoma Metropolitana- Xochimilco

Correo-e: jsec6322@correo.xoc.uam.mx

Resulta difícil esperar disminución en la incidencia de caries dental desde esta concepción de salud bucodental, entonces ¿Por qué seguir por este rumbo? Podría partirse de la premisa de hacer algo diferente como alternativa a este problema, y como necesidad inclusiva superar el objeto directo de la odontología clínica y construir un objeto con la incorporación del carácter histórico-social de la enfermedad.

Una alternativa así planteada por su conceptualización y método desde la salud colectiva supera la salud bucodental reducida a intervenciones técnicas limitadas.

El propósito del siguiente ensayo es proporcionar referentes paradigmáticos distintos a las lógicas cartesianas y mostrar una nueva mirada desde el pensamiento complejo para explicar las determinaciones de la caries dental.

Referentes para entender y actuar distinto

La práctica odontológica como elemento característico de la profesión prevaleciente en la actualidad se establece desde el siglo XIX en el norte global, primero en Europa y para el siglo XX con hegemonía de Estados Unidos [1]. Sin embargo, con más de un siglo de existencia ¿Cómo es posible su falta de incidencia en controlar la caries dental considerada un problema de salud pública con prevalencia mayor a 70% a nivel mundial? Las respuestas posibles son múltiples, con distinto nivel de profundidad y grado de amplitud, por ejemplo desde el plano sociológico donde las condiciones de vida y determinantes sociales causantes de desigualdades entre grupos sociales e individuos; o las opciones personales asumidas como estilos de vida mediados por la inserción social con significados simbólicos sobre la salud bucal de las

personas según su posición en la sociedad; o centrado en los estilos de vida de las personas, como atributo individual, en tanto condicionantes directas como ha sido planteado en años recientes [2]. Una vertiente de respuesta es posible plantearse con la explicación de lo realizado hasta la actualidad sin modificar la tendencia del problema.

Desde una aproximación general pueden ubicarse dos componentes para su comprensión: la estructura económica y la medicina, cada uno con distinto alcance y dimensión, ambas con correspondencia y con influencia de la primera, en tanto plano más general en la explicación de los procesos sociales e históricos generadores de condiciones, dispositivos, estructuras, comportamientos humanos, entre otros, que perfilan la existencia de la segunda en todas las sociedades [3].

En las sociedades actuales con predominio capitalista, la medicina tiene una posición destacada entre los organismos de control de la vida social y simultáneamente se relaciona con el proceso de producción económica al generar demanda y producción de insumos, productos y servicios para su funcionamiento, se constituye así en un elemento dinamizador de la producción de bienes y mercancías y ella misma como mercado de servicios médicos, dentro del proceso de acumulación de capital [4, 5]; ese proceso en general no es directo ni automático, opera con múltiples mediaciones y procesos — autónomos y complementarios— todos coincidentes en la misma lógica.

Menéndez describe los efectos en la salud de las poblaciones a propósito de esa mirada capitalista, que en el siglo XIX privilegió el análisis de la enfermedad desde un abordaje biologicista, individualista, ahistórico, asocial, con tendencia a la medicalización de los problemas y con una manifiesta adscripción a la salud-enfermedad como mercancía [6, 7].

El surgimiento y consolidación del modelo biomédico hegemónico es resultado del proceso de producción capitalista y se erige en el dispositivo normativo para la medicina, en primer lugar, irradiando su influencia y características a los otros espacios profesionales de la salud.

La práctica odontológica, en esa lógica, comparte rasgos del modelo médico hegemónico y los reinterpreta con traducción a su objeto de estudio, práctica y formación [8] y con ello define un espacio específico, propio y característico, donde es posible identificar determinadas características como: concepción biológica-técnica, de tipo tradicional, en donde la comunidad es interpretada de forma abstracta, el paciente es visto como un individuo aislado de su realidad social; la unidad dentaria es el principio y fin de las acciones [9]. En tal sentido, el tratamiento para la caries dental es restaurativo, mutilatorio, en el espacio clínico, principalmente en consultorios de práctica privada, con costo elevado definido por el mercado, donde el sujeto queda reducido a la condición pasiva y receptiva del servicio odontológico con alto contenido de biotécnica.

Con el éxito parcial y limitadamente resolutivo de la medicina clínica sobre la enfermedad individual desde principios del siglo XX, se considera construir una “enfermología social”, expandiéndose además a las acciones instauradas por la salud pública, al conceptualizar la salud-enfermedad como reducida al plano fenoménico e individualizado de la causalidad etiológica.

Al mantener rasgos estructurales del modelo médico hegemónico, centra su acción desde la óptica del Estado privilegiando intereses de las sociedades capitalistas, asume la actitud probabilística del logro de mejoras puntuales y graduales [10].

Con esas condicionantes delineadas desde la salud pública es difícil encontrar incidencia clara o alternativas al problema de la caries, si los métodos para combatirla en esencia se centran en el individuo, y sólo complementariamente en acciones colectivas o poblacionales, como es la difusión de técnicas de cepillado dental o la fluoración de la sal.

Ello evidencia algunas de las limitaciones de la salud pública, la cual a pesar de las reformulaciones conceptuales y técnicas mantiene limitaciones para solucionar este problema. Algunas posibilidades de transformación son: alejarse de la centralidad orgánica y biológica en el estudio de las enfermedades infecciosas e incorporar otros niveles

de análisis y comprensión conceptual; evitar depender de la incorporación de nuevas tecnologías en la práctica odontológica, porque reduce su alcance colectivo y social; ampliar sus acciones a la población en general sin depender de la capacidad económica como ocurre con los grupos de alto poder adquisitivo.

Para eso las políticas públicas y los servicios públicos de atención odontológica son relevantes para transformar el uso de la información estadística como sustrato para acciones más eficientes y eficaces con intervenciones técnicas y sociales con incidencia en el perfil epidemiológico, y no sólo como justificantes de recursos presupuestales con usos políticos con beneficio limitado a la población [11].

En general ese conjunto de aspectos apunta a la necesidad de superar la delimitación del objeto de la odontología en su comprensión biomédica y reconstruirlo en su carácter histórico-social [12], y en consecuencia redimensionar y reconfigurar la práctica y formación de la profesión. Por ejemplo, en la mirada constituida como causalidad de la caries la asociación, casi directa, con el consumo de azúcar se ha tornado el modo dominante de explicar la caries y de responsabilizar al individuo de su consumo, como elección personal, al margen de las condiciones sociales de existencia, por lo tanto ¿será posible demostrar el carácter histórico-social de la caries? No sólo desde la evidencia empírica sustentada en datos, sino también desde la lógica interpretativa de los conceptos explicativos de procesos de distinto nivel y con subordinación unos de otros.

Dentro de las diferentes conceptualizaciones biologicistas sobre la caries, la gran mayoría coincide en considerar la ingesta de azúcar como una causa necesaria, junto con la presencia y proliferación de microorganismos para el desarrollo de la caries, soslayando otras formas de explicación superpuestas, o al menos como posibilidad de alejarse del consumo alimenticio e incorporar otras posibilidades económicas y sociales de orden macro como determinantes del consumo directo e individual de azúcar.

Para desentrañar, al menos parcialmente, algunos de los procesos susceptibles para explicar el consumo individual de azúcar —más allá de los hábitos personales— se puede partir de la organización de la producción de bienes materiales como proceso macro que afecta la vida social en su conjunto. Así, durante la revolución industrial se produjo un efecto de desplazamiento humano cuando las personas migraron hacia las grandes ciudades para incorporarse al trabajo en los centros urbanos donde se instalaron las fábricas de producción de bienes, elaborados a partir de un nuevo modelo de participación de la fuerza de trabajo humana, bajo un esquema de producción en serie, generándose condiciones laborales precarizadas con grandes carencias personales en el ambiente de trabajo y sujetos a condiciones de trabajo extenuantes, obligando a las personas a trabajar largas jornadas con horarios extendidos, los salarios en un nivel extremadamente escaso para satisfacer sus necesidades de existencia.

En este contexto el azúcar adquiere un lugar central para proporcionar el aporte calórico necesario a un precio disminuido para hombres y mujeres, incluso infantes, trabajadores en las nuevas unidades fabriles.

La producción de azúcar se expande tanto a nivel local como por la exportación desde las colonias de las potencias colonialistas, donde la producción de caña y sus derivados —azúcar principalmente—, también se somete a un proceso extractivista dominado y controlado bajo un esquema semifeudal pero en una lógica capitalista; en consecuencia el azúcar se convierte también en una mercancía cada vez más abundante y asequible para amplios grupos de la población, desplazando su posición y su utilización como bien de lujo y poder simbólico de las clases dominantes, para dar inicio a un comercio y consumo masivo potenciando sus beneficios económicos [13].

El azúcar amplió sus usos convirtiéndose rápidamente en un producto básico de la industria de los alimentos, y un insumo presente cotidianamente en el consumo alimentario de las clases trabajadoras, proceso que no ha disminuido en el tiempo con altos

beneficios económicos para las industrias derivadas y ligadas a ese producto.

Esta perspectiva histórica, resumida y algo apretada, permite ubicar, a grandes rasgos, el proceso por el cual se ha constituido en un producto de consumo alimenticio importante para la obtención maximizada de ganancia y con efectos adversos y negativos en la salud de las personas. El análisis histórico pone a la vista un problema cuya explicación no puede circunscribirse a una relación causa-efecto, aun cuando en un plano bioquímico y orgánico involucre procesos directos en ese nivel de análisis, ni tampoco como una situación de opción personal o preferencia de estilo de consumo y vida, donde los individuos eligen, con información o sin ella, como puede ser situado en un plano conductual y de mercadotecnia; por el contrario puede observarse que en rigor se trata del consumo de un tipo de producto originado y promovido por necesidades de acumulación de capital por las industrias y empresas productoras, distribuidoras y comercializadoras de productos directos o derivados con contenidos de grandes cantidades de azúcar. Ese proceso encubre las necesidades e intereses económicos y de ganancia de capital de un sector de la población muy circunscrito, expresados como si fueran las necesidades de la sociedad en su conjunto, las cuales condicionan la salud y enfermedad y ubican su explicación en la dimensión social, como ha sido desarrollado desde los años ochenta del siglo pasado [12].

En el caso de la odontología, los problemas de salud tienen una complejidad para interpretarse y resolverse, y el tiempo transcurrido desde que se sistematizó su actuación entre la profesión y especialmente con su conceptualización de los daños a la salud, concretamente en la caries dental, la práctica odontológica tradicional y contemporánea no ha incidido de forma significativa para reducirla, existiendo algunas excepciones que han logrado reconfigurar la práctica, como es el caso de la Bebé-Clínica de la Universidad Estatal de Londrina en Brasil, cuya propuesta transformadora une la educación impartida por aquellos más cercanos a los menores (madres y pediatras), con la prevención y la

intervención curativa en niños y niñas, empezando la atención alrededor de los 4 a 6 meses de vida y llevando un seguimiento hasta los 30 meses [14].

La clínica busca el mantenimiento de la salud antes mismo de la prevención de la enfermedad, trabajando sobre los factores de riesgo a partir de indicadores obtenidos de la historia clínica, evaluación clínica y evaluaciones suplementarias.

Estas acciones se reflejaron en los valores encontrados al inicio, en el primer año, donde el índice de caries llegaba a 12%, y posteriormente se redujo a 3.2% [14].

Después de la instalación, de la Bebé-Clínica en Londrina, de su desarrollo y de la divulgación de los primeros resultados, la experiencia se transmitió al sector público. Inició con la instalación del programa de bebés en la Usina Siderúrgica Nacional y después en la ciudad de Cambé, y en algunas universidades brasileñas, presentando excelentes resultados [14]. La anterior experiencia cuestiona el sentido y conformación como campo de saber y espacio de práctica de la odontología, la cual, encuentra muchas limitaciones por las formas conceptuales y de intervención dentarias a nivel individual; por lo tanto, es necesario explorar otros caminos y vertientes distintas fuera del marco restringido donde se ubica para plantear hacer algo diferente.

Desde una alternativa epistemológica distinta a la noción funcionalista de la salud-enfermedad, la salud colectiva incorpora la determinación histórica y social del proceso colectivo de producción de estados de salud-enfermedad e incorpora la acción transformadora y la crítica estratégica de las intervenciones del Estado. Por lo tanto, la salud y sus daños devienen en un producto social, determinado por las condiciones socioeconómicas, culturales, simbólicas y ambientales; las condiciones de vida y trabajo; influencias comunitarias y soporte social; factores individuales y estilo de vida y, sin desconocer a los actores biológicos y genéticos, los incorpora subordinados a lo más general [15, 16]. Situar la salud bucal en la perspectiva de la salud colectiva posibilita pensar nuevas concepciones

superadoras de la comprensión de la caries, por ejemplo, en su espacio biológico e individual e introducir nuevas categorías de análisis en otros niveles para articular los Procesos de Salud-Enfermedad-Atención-Cuidado (PSEAC).

En una aproximación articulada de dimensiones macro y micro de procesos sociales y biológicos, pueden incorporarse teorías y metodologías analíticas con referencia a una condición concreta de la realidad, como la desigualdad social, en tanto eje fundamental para la comprensión de la enfermedad y posibilidad de intervención en la sociedad. Esa categoría en su proceso analítico requiere, a su vez, incorporar otras como la determinación social y la interseccionalidad como componentes de la dimensión social, ambas posibilitan al análisis para devolver al PSEAC su carácter complejo y multidimensional, abarcando procesos estructurales constituyentes y a su vez explicativos, se conforma entonces la base para pensarla y simultáneamente se constituye en fundamento para construir prácticas sociales e individuales [17, 18].

La desigualdad entre clases sociales, género y etnia evidencia inequidades y dificultades para garantizar, entre otras muchas, el derecho a la salud bucal [19]. Permite identificar entonces un proceso complejo, inclusive circular, donde las personas con inserción desigual en la sociedad presentan condiciones de mayor vulnerabilidad social, económica y cultural, para conformar un patrón donde la pobreza orilla a sostener y aumentar el consumo de azúcar en la ingesta de alimentos, disminuye o restringe el uso de elementos para la higiene bucal, y por la baja capacidad económica, además, limita el acceso al servicio odontológico, todo ello se combina y articula en el tiempo para aumentar la posibilidad de tener caries, con secuelas y condiciones en detrimento de su salud bucal y salud general.

En otra dirección complementaria, la epidemiología crítica proporciona también un sustrato analítico valioso con la categoría de reproducción social de la fuerza de trabajo y el control social por medio de los servicios de salud [20]. La primera implica establecer los nexos entre la reproducción social del capital a través del proceso de valorización, para ello la participación de la fuerza de trabajo en tanto

capacidad física para manipular, conducir y transformar los insumos productivos en objetos valorizados para su intercambio en el mercado, supone que el daño a la capacidad física del trabajador para cumplir la función transformadora en el proceso productivo, resulta importante mantener las capacidades para asegurar ese ciclo; por ello, cualquier daño o alteración, física o psicológica, que disminuya o afecte su capacidad laboral tiene efectos en los costos y en el mismo proceso productivo impactando al capital; por lo tanto evitar, y en su caso restituir lo más pronto posible al trabajador a su puesto de trabajo es una necesidad directa para el poseedor de los medios de producción.

En esa lógica las intervenciones de los profesionales de la salud resultan significativas para asegurar un proceso lo menos discontinuo, principalmente de forma indirecta, en la conservación y restitución de los trabajadores a su puesto laboral; implican la prestación de servicios directos, individuales o colectivos, presentes en la sociedad como respuesta organizada en instituciones del Estado o en servicios privados brindados por el mercado, en ambos casos es la demanda de los sujetos afectados la que genera opciones de atención, tanto por la disponibilidad amplia con acceso a instituciones de seguridad social o restringida por pago directo a proveedores privados [21].

Entonces puede ubicarse a la atención odontológica en esa vertiente, sin cumplir una función directa y visible para el capital en la reproducción y conservación del valor de uso de la fuerza de trabajo, porque los posibles daños a la salud bucal, generalmente no impiden la participación del individuo en el trabajo, y solamente adquiere importancia cuando las lesiones o la incapacidad por dolor puedan impactar el tiempo de la jornada productiva.

De forma correlativa, el acto de intervención técnica del profesional como expresión de la práctica odontológica, tiene escaso peso inmediato para la supervivencia de los grupos sociales mayoritarios. Entonces la vida productiva y social de estos grupos se altera levemente sin que necesariamente se muestre gran preocupación por la prevención y mantenimiento del aparato estomatognático. Si esa

implicación individual se vive cotidianamente, entonces puede explicarse la falta de presión ante el Estado para la instrumentación de acciones dirigidas a este campo [21], mediante intervenciones individuales y colectivas superadoras de las intervenciones orgánicas como la fluoración. A manera de ejemplo, en una vertiente distinta sería la intervención en la producción y comercialización de productos alimenticios con alto contenido de azúcar.

También la contribución de la epidemiología geográfica o del territorio constituye otra categoría en la salud colectiva para comprender y reformular la comprensión de procesos, resultado de la integración social en el espacio de vida y trabajo. Se trata de replantear la interpretación y estudio del medio geográfico para superar la visión estática, pasiva y a veces ambientalista como condicionante del proceso salud-enfermedad [22, 23], esa visión derivada en su origen conceptual de la salud pública por la triada ecológica donde el ambiente físico, se expande para incluir nociones de la vida social de las personas y grupos sociales, se reconfigura en la salud colectiva para comprenderla en una lógica distinta resultado de las relaciones sociales y producto de la reproducción social en su conformación socio-espacial. Así la segregación social del espacio, sus recursos sociales, las condiciones medioambientales, el acceso a los servicios públicos y comercios, son origen del comportamiento humano —en grado muy importante—, y con ello, expresan la distribución desigual de los procesos epidemiológicos.

El socioterritorio es referencia conceptual necesaria para entender la lógica de la distribución de los servicios de salud, la carencia o concentración de profesionales de la salud, principalmente en ámbitos de ejercicio privado. Por ejemplo, en medicina u odontología, el espacio social y geográfico no se comporta como un ente fijo, receptivo, anónimo, sino que está fundamentalmente determinado por razones sociales y económicas como las leyes del mercado en la oferta y demanda de acciones odontológicas; la mayor concentración de profesionales de la odontología se observa en lugares donde se ubican las clases y capas más pudientes, con capacidad de comprar servicios dirigidos a mantener la funcionalidad y valor estético del aparato estomatognático [21].

Reflexiones finales

Al ubicar la situación de la salud bucal y en particular la caries dental como el mayor problema de salud bucal, en la perspectiva de la salud colectiva, se evita el estrecho margen proporcionado por los enfoques tradicionales en su comprensión bioquímica y organicista, posicionando posibilidades de análisis y comprensión mucho más comprensivas y complejas, donde el hecho mismo mantiene su existencia, pero se reconfigura tanto su expresión como la comprensión de sus causas. Sin omitir sus condicionamientos directos en el tramo del proceso bioquímico entre polisacáridos y la presencia de microorganismos que en condiciones de bajo consumo de azúcar no actúan patológicamente; el elemento mediador es la conducta. La opción distinta, como ha sido expuesto, es la determinación social en el acceso a carbohidratos y las condiciones materiales de vida y trabajo determinantes de ese consumo. De esa forma la opción personal por un determinado estilo de vida queda superada por las determinaciones ejercidas desde la producción económica para consumir un bien alimenticio tornado mercancía y por lo tanto objeto de intercambio para la generación de ganancia económica.

Adicionalmente, las condiciones de trabajo cuyo desgaste orgánico en condiciones de horario extendido y explotación del esfuerzo físico, explican en la producción capitalista la necesidad de acceder al consumo de fuentes calóricas de bajo costo y alto valor energético, de tal forma que, superando esa visión limitada a las personas, puede entonces extenderse la instauración en fases tempranas de la industrialización del producto y expansión del consumo, y en etapas posteriores y actuales la normalización de éste. Ese consumo elevado o excesivo explica en mucho la presencia de caries como el gran problema de salud que es hoy día.

Otro componente para reconfigurar en la comprensión de este problema desde la salud colectiva, es la práctica profesional odontológica. Los profesionales atienden de modo singular a individuos, derivada de la práctica odontológica mercantil —principalmente—, en un modelo de atención liberal privado, que por si fuera poco, se

distribuye social y territorialmente en razón de la capacidad de pago de los usuarios, potenciando las desigualdades sociales en la salud bucal.

Por lo tanto, se requiere un nuevo abordaje de la odontología como un proceso dialéctico, multidimensional, en una perspectiva contrahegemónica, explorando otras dimensiones de su existencia como problema de salud y como práctica social.

Agradecimientos

Al Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías por el financiamiento al autor Luis Enrique Pérez Silva para la realización de estudios doctorales, donde surge este ensayo.

Referencias

1. Leal-Fonseca AP, Hernández-Molinar Y. Evolución de la odontología. *Oral*. 2016; 17 (55): 1418-26.
2. Barnes E, Bullock A, Chestnutt I. What influences the provision and reception of oral health education? A narrative review of the literature. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 2022; 50(5): 350-59. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34519366/>
3. Osorio J. América Latina bajo el nuevo patrón exportador de especialización productiva. In: Vidal P (ed). Dilemas del trabajo y las políticas laborales: entre Neoliberalismos y Buen Vivir en América Latina en el Siglo XXI. Santiago: Ariadna Ediciones; 2021: 35-66. Disponible en: <https://books.openedition.org/ariadnaediciones/11577>
4. Navarro V. Medicine under capitalism. *Nursing Administration Quarterly*. 1977; 1(4): 90-91. Disponible en: https://journals.lww.com/naqjournal/citation/1977/01040/medicine_under_capitalism.13.aspx
5. Launer J. Medicine under capitalism. *Postgraduate Medical Journal*. 2015; 91(1074): 239-40. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2015-133347>
6. Menéndez E. El modelo médico hegemónico: estructura, funciones y crisis. In: EDUNLa Cooperativa (ed). Morir de alcohol: saber y hegemonía médica. Lanús: Cuadernos del ISCo. Salud colectiva; 2020: 87-128. DOI 10.18294/9789874937490
7. Menéndez E. El modelo médico y la salud de los trabajadores. *Salud Colectiva*. 2005; 1(1): 9-32. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73110102>
8. Jarillo EC, López O. Salud Pública, Salud Colectiva, Objeto, Práctica y Formación. In: Llambías J (ed). La enfermedad de los sistemas de salud: miradas críticas y alternativas. Toronto: York University Press; 2015: 139-60.
9. López-Cámara V. La práctica profesional, la investigación y la enseñanza en la odontología mexicana. *Rev ADM*. 2013; 50(1): 46. Disponible en: <https://www.imbiomed.com.mx/articulo.php?id=96521>
10. Granda E. ¿A qué llamamos salud colectiva, hoy?. *Rev Cuba Salud Pública*. 2004; 30(2): 0. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21430209>
11. Filho NA. La ciencia tímida. Ensayos de deconstrucción de la epidemiología. 1st ed. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2000.
12. Laurell AC. La Salud-Enfermedad como proceso social. *Cuad Médico Soc*. 1982. Disponible en: <https://red.amr.org.ar/wp-content/uploads/sites/3/2015/10/n19a061.pdf>
13. Santiago MA. Dulzura y poder. El lugar del azúcar en la historia moderna. *Rev Estud Soc*. 2008; 29: 173-75. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-885X2008000100014
14. De Figueiredo LR, Ferelle A. Bebé Clínica de la Universidade Estadual de Londrina: Resumen Histórico. *Revista de Odontopediatria Latinoamérica*. 2013; 3 (2): 77-82. Disponible en: <https://backup.revistaodontopediatria.org/ediciones/2013/2/art-8/>
15. Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2013; 31(1): 13-27. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2013000400002
16. Breilh J. Las tres 'S' de la determinación de la vida: 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud. In: Passos-Nogueira R (ed). Determinação social da saúde e reforma sanitária. Río de Janeiro: Coleção Pensar em Saúde; 2010: 87-125. Disponible en: <https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3412/1/Breilh,%20J-CON-117-Las%20tres%20S.pdf>
17. Arellano OL, Peña FM. Salud y Sociedad. Aportaciones del pensamiento latinoamericano. *Medicina Social Social Medicine*. 2006; 1(3): 82-102. Disponible en: <https://www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/article/view/41>
18. Viveros-Vigoya M. La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación. *Debate Feminista*. 2016; 52: 1-17. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.df.2016.09.005>
19. Linares-Pérez N, López-Arellano O. Inequidades en la salud en México. *Gaceta médica de México*. 2012; 148(6): 591-97. Disponible en:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4135125>

20. Breilh J. La epidemiología (crítica) latinoamericana: análisis general del estado del arte, los debates y desafíos actuales. In: OPS-ALAMES (ed). *Debates en Medicina Social*. Quito: CEAS; 1991: 164–213. Disponible en:

<https://iris.paho.org/handle/10665.2/54754?show=full>

21. Breilh J, Granda E. Situación y tendencias de los recursos humanos odontológicos profesionales en Ecuador. *Rev Salud Probl*. 1989; 16: 9–25. Disponible

en:

<https://saludproblemaojs.xoc.uam.mx/index.php/saludproblema/article/view/366>

22. Breilh J. La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. *Salud Colecta*. 2010; 6(1): 83–101. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/scol/2010.v6n1/83-101/es>

23. Borde E, Torres-Tovar M. El territorio como categoría fundamental para el campo de la salud pública. *Saúde Debate*. 2017; 41: 264–75. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/0103-11042017s222>

Recibido: 24 noviembre 2023.

Aceptado: 19 de diciembre 2023.

Conflicto de intereses: ninguno.



Medicina Social
Salud Para Todos