

Self-medication in oral health in Bogota: ethnographic study

Automedicación en salud bucal en Bogotá: estudio etnográfico

EDSON JAIR OSPINA-LOZANO¹, LAURA STEFANYA CASAS-RAMÍREZ²

¹ Odontólogo. Especialista en Salud Familiar, Mágister en Medicina Social, PhD. Antropología Social. Profesor Asociado, Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Colombia.  0000-0002-4040-091X

² Odontóloga, Universidad Nacional de Colombia. Artículo generado a partir del trabajo de grado.  0000-0002-4823-723X

ABSTRACT

Introduction: self-medication in oral health is a practice censured by biomedicine; however, it is a frequent activity that synthesizes the interaction of people with different models of health care, where the structural and symbolic fabric of the health field materializes. The objective was to understand the knowledge and practices on oral health self-medication in Bogota. **Methods:** qualitative research with ethnographic approach. Tools such as participant observation, ethnographic interview and field diary were used. Seven families from Bogota were chosen from an ideal typological sample. **Results:** there are barriers to access to dental care that are increased through segregation mechanisms that are related to the urban structure of the city, barriers that motivate the use of various medications in the face of ailments. The mouth has diverse meanings. Caries and its effects are recognized, and in its prevention silks, pastes, rinses and brushes are used, elements that come from the pharmaceutical industry. The most common ailment is odontalgia, and analgesics of pharmaceutical origin are mainly used to treat it. **Conclusions:** self-medication in oral health is a conscious process carried out by the subjects from their own reasoning and resources, to prevent and treat their ailments. This practice is related to social representations about the mouth, to access to dental care services, and to the availability and obtaining of therapeutic supplies.

Keywords: oral health, self-medication, urban population, qualitative research.

Resumen

Introducción: la automedicación en salud bucal es una práctica censurada por la biomedicina; sin embargo, es una actividad frecuente que sintetiza la interacción de las personas con diferentes modelos de atención a la salud, en donde se materializa la trama estructural y simbólica del campo sanitario. El objetivo de este estudio fue comprender los saberes y prácticas sobre automedicación salud bucal en Bogotá. **Métodos:** investigación cualitativa con enfoque etnográfico. Se utilizaron herramientas como observación participante, entrevista etnográfica y diario de campo. Se eligieron siete familias de Bogotá a partir de una muestra tipológica ideal. **Resultados:** existen barreras de acceso a la atención odontológica que se incrementan a través de mecanismos de segregación que se relacionan con la estructura urbana de la ciudad, barreras que motivan la utilización de diversos medicamentos frente a las dolencias. La boca tiene diversos significados. Se reconoce la caries y sus efectos, y en su prevención se usan sedas, pastas, enjuagues y cepillos, elementos que proceden de la industria farmacéutica. El padecimiento más común es la odontalgia y para tratarla se utilizan principalmente analgésicos de origen farmacéutico. **Conclusiones:** la automedicación en salud bucal es un proceso consciente que realizan los sujetos desde sus propios razonamientos y recursos, con el propósito de prevenir y atender sus dolencias. Esta práctica se relaciona con las representaciones sociales sobre la boca, con el acceso a los servicios de atención odontológica, y con la disposición y obtención de insumos terapéuticos.

Palabras clave: salud bucal, automedicación, población urbana, investigación cualitativa.

Recibido: abril 18/2023 – Aceptado: julio 13/2023



Cómo citar este artículo: Ospina-Lozano EJ, Casas-Ramírez LS. Self-medication in oral health in Bogota: ethnographic study. Rev Fac Odontol Univ Antioq. 2023; 35(2): 06-17. DOI: <http://dx.doi.org/10.17533/udea.rfo.v35n2a1>

INTRODUCCIÓN

La automedicación es una práctica universal. En el debate sobre los beneficios y los riesgos de esta estrategia de atención, se involucra la industria farmacéutica, entidades sanitarias internacionales, asociaciones médicas e instituciones académicas, asunto en el que sobresalen diversos intereses¹, entre los cuales se encuentran los intereses académicos que se centran en diferentes temáticas. La prevalencia de automedicación es el principal tópico de estudio, y se analiza en grupos etarios² y étnicos³, en zonas rurales⁴ y urbanas⁵, y en países de bajos⁶ y altos ingresos⁷, con el propósito de vincular esta práctica terapéutica con las características socioeconómicas de la población. Otro campo de indagación es el uso de antibióticos sin receta médica⁵⁻⁸, realidad que lleva a considerar la automedicación como un problema de salud pública⁹ que involucra a diversos actores del sector sanitario¹. Por lo tanto, a nivel nacional e internacional se promueven mecanismos para promover el consumo de estos fármacos de forma segura¹⁰.

Un tercer tema, levemente explorado, es la relación entre los elementos socioculturales y la automedicación. En éste se establece que, desde la experiencia con sus malestares, los sujetos reconocen la eficacia curativa de los medicamentos y los utilizan a partir de razonamientos terapéuticos construidos en su entorno familiar y comunitario^{11,12}. Este proceso se relaciona con la disponibilidad de recursos terapéuticos en el territorio, las barreras de acceso a los servicios sanitarios y la interacción con diversos modelos de atención a la salud¹¹. Los estudios específicos sobre automedicación en salud bucal son escasos, y se refieren a la prevalencia y su relación con indicadores sociales¹³, y al sustrato cultural que fundamenta esta práctica de atención a la salud¹⁴.

En estas investigaciones la automedicación se considera una estrategia de atención inconveniente que está mediada por factores sociales y culturales, y que dinamizan a las personas para resolver autónomamente sus malestares con los recursos terapéuticos disponibles en su entorno. Por su parte, desde la antropología médica crítica, la automedicación es considerada una síntesis de las vivencias de los sujetos con los diferentes modelos de atención a la salud, donde se materializa la trama estructural y simbólica de la dimensión sanitaria. Tales vivencias les permiten a los sujetos vigorizar sus razonamientos sobre la enfermedad y su atención, y sobre los medicamentos y su eficacia terapéutica. Desde esta lógica se orienta la decisión autónoma de utilizar elementos curativos frente a las dolencias sin la mediación directa de recurso humano sanitario. Estos elementos no son exclusivamente los medicamentos desarrollados por la industria farmacéutica; son todos los elementos disponibles y accesibles (plantas, minerales y animales), de uso reconocido y destinado a la prevención y el tratamiento de las enfermedades. Cabe subrayar que la automedicación y el autocuidado son componentes de la autoatención, la estrategia más utilizada en toda la sociedad¹⁵.

Desde esta postura antropológica se impulsa una reflexión sobre la automedicación en salud bucal en Bogotá. Esta es una megalópolis diversa y desigual, realidad que se expresa en las condiciones de vida y salud de la población, y en su interacción con un sistema de salud inequitativo. A partir de estos

elementos, el objetivo de esta investigación es comprender los saberes y prácticas sobre automedicación relacionados con la salud bucal en Bogotá.

MÉTODOS

Investigación cualitativa con enfoque etnográfico. Se utilizaron técnicas como entrevista etnográfica, observación participante y diario de campo, implementadas en ámbitos familiares elegidos a través de una herramienta teórico-metodológica denominada tipos ideales¹⁶. Desde esta estrategia se eligieron familias que representan la heterogeneidad poblacional de esta urbe. Esto se logró a partir de criterios como el estrato socioeconómico, los ingresos mensuales, la ubicación de la vivienda, el aseguramiento sanitario y su adscripción étnica, como se indica en la Tabla 1. Esto exigió la búsqueda de siete parentelas con características específicas, mismas que fueron contactadas a través de una intensa búsqueda con el apoyo redes de trabajo de los investigadores. Dichas familias viven de manera permanente en Bogotá y dieron su consentimiento escrito para este estudio.

En cada familia se hicieron entre dos y tres entrevistas en diferentes momentos, particularmente a mujeres cabeza de hogar, con el propósito de profundizar sobre saberes y prácticas de automedicación. Desde esta técnica se obtuvo información fundamental a partir de preguntas de investigación previamente establecidas que permitieron reconocer aspectos relacionados con la salud bucal. Dichas entrevistas fueron realizadas por una investigadora entrenada en este campo, quien las grabó, transcribió y organizó para su posterior análisis.

Durante cuatro semanas esta misma investigadora dinamizó la observación participante en el ámbito doméstico y en los barrios en donde habitan estas parentelas. Esta labor se centró en observar espacios caseros relacionados con el cuidado de la salud bucal y en identificar asuntos particulares de los servicios odontológicos en las vecindades. Asimismo, en caracterizar las prácticas de automedicación que tiene cada familia y su relación con las representaciones que tienen sobre origen, prevención y atención a la enfermedad bucal. El diario de campo les permitió a los investigadores organizar la información colectada a través de las demás técnicas y, consecuentemente, su triangulación y verificación, y su permanente interpretación.

La información obtenida se ordenó en una matriz analítica, mecanismo que facilitó la presentación de los datos en dos categorías: saberes sobre la boca y sus enfermedades, y prácticas de automedicación. Además, los datos se interpretaron desde un modelo conceptual denominado Proceso Salud Enfermedad Atención¹⁵, que permitió relacionar los asuntos simbólicos y estructurales hallados en las representaciones y prácticas sobre automedicación en salud bucal.

Esta investigación tuvo en cuenta la Declaración del Helsinki, y se considera que implica un bajo riesgo para la salud mental y física de los participantes. Con relación a las normas nacionales se fundamentó en la Resolución 8430 de 1993, sobre aspectos éticos de la investigación en seres humanos. Asimismo,

fue aprobada por el Comité de Ética y Metodología de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia, Acta N° 20-19.

RESULTADOS

Los resultados inician con el contexto social, e indican que Bogotá tiene aproximadamente ocho millones de habitantes. Según datos sobre estratificación socioeconómica, el 86 % de las familias de esta urbe pertenece a los estratos 1, 2 y 3, y son clasificadas como “pobres”; por lo tanto, reciben asistencia social del Estado, incluidos subsidios en salud. Los niveles 4 y 5 son los estratos medios – 11.5 %– y el estrato alto es el 6 –1.5 %– 16.

La ciudad segrega geográficamente; en el noreste vive una minoría numérica que tiene óptimas condiciones de vida y mejores servicios de atención odontológica, en comparación con la población que habita en la zona sur. Conviven personas que provienen de diferentes regiones del país, incluidos individuos pertenecientes a grupos étnicos. El 99.8 % de la población tiene un seguro en salud; el 81.6 % costea dicho seguro con sus propios ingresos –régimen contributivo y medicina prepagada–, y el 18.2 % recibe un subsidio estatal –régimen subsidiado– 16.

En la Tabla 1 se señalan las características sociales de las familias de estudio. Cinco de éstas pertenecen al estrato socioeconómico –ESE– 1, 2 o 3, una es 4 y otra 6. Tres tienen ingresos iguales o inferiores a un salario mínimo mensual –SMM–, tres entre 1 y 3 SMM, y una más de 10 SMM. Cinco viven en la zona sur de la ciudad, una en el centro y otra en el nororiente.

Tabla 1. Características sociales de las familias

Criterio	Socio económico		Socio geográfico	Socio cultural	Socio sanitario
	N° Familia	ESE ^a	SMM ^b	Zona Ciudad	Etnia
1	3	2	Sur	No	Contributivo
2	3	1	Sur	No	Contributivo
3	6	12	Nororiente	No	Prepagada
4	4	3	Centro	No	Contributivo
5	1	1	Sur	No	Subsidiado
6	2	1	Sur	No	Contributivo
7	2	1.5	Sur	Indígena	Subsidiado

^aEstrato socioeconómico. ^bSalarios mínimos mensuales

Fuente: por los autores

Dos familias reciben subsidio para su atención en salud, cuatro pertenecen al régimen contributivo y una tiene medicina prepagada. Un núcleo parenteral pertenece a una comunidad indígena y migró a esta ciudad hace siete años. Asimismo, cinco “jefes” de hogar son mujeres; cuatro son originarios de Bogotá; uno es joven y dos son adultos mayores; y tres tienen educación primaria, dos secundaria y dos universitaria.

Los datos etnográficos se presentan en dos categorías. La primera son los saberes sobre la boca y sus padecimientos, y la segunda son las prácticas de autoatención, incluido el uso autónomo de medicamentos. Estas categorías están relacionadas con las políticas de salud bucal del país, la dinámica sanitaria de la ciudad y las particularidades sociales de cada una de las familias.

Sobre la primera categoría, para las familias bogotanas la boca es una parte fundamental de su cuerpo. “La boca es importante para mi cuerpo y para presentarme ante los demás”, manifiesta una mujer de estrato medio que habita en la zona centro de la ciudad. Así, se reconoce su importancia en aspectos biológicos como la masticación y la alimentación; y sociales como la comunicación y la interacción. Igualmente, los dientes se consideran un escenario de intervención artística para fortalecer la identidad individual a través de mecanismos como el blanqueamiento dental y las carillas estéticas.

En general, se reconocen las enfermedades bucales, sus orígenes y su prevención. Para una joven mujer del sur de Bogotá, “la caries es una enfermedad que produce un dolor terrible y por eso muchas veces toca sacar los dientes. Lo bueno es que la caries se puede prevenir”. Aun así, todas las familias registran que uno o varios de sus integrantes han tenido inconvenientes en salud, generalmente caries dental y periodontopatías y, en menor grado, pérdidas dentales e infecciones orales. La diferencia está en que las familias de estratos medio y alto tiene más recursos económicos y sociales para acceder a la atención odontológica y solventar estas dificultades.

Este tipo de saberes proviene principalmente de la experiencia de las personas con sus padecimientos y tratamientos, incluida su interacción con los servicios odontológicos, y de información que obtienen comúnmente e internet. “Yo siempre escucho a la odontóloga sobre el cuidado de los dientes de mi hija menor, y que no me pase lo mismo de la [hija] mayorcita, quien sufrió mucho de los dientes cuando era pequeña”, comentó una de las madres entrevistadas.

En este sentido, para tener una “óptima” salud bucal, se resalta la importancia de tener un seguro sanitario para atender sus necesidades en salud, seguro mayormente utilizado por las personas de estrato bajo. No obstante, se subrayan diferentes barreras de atención: demora en la asignación de citas, largos desplazamientos para asistir a las instituciones sanitarias y dificultades para la atención odontológica especializada. “Menos mal tenemos el Sisbén [seguro sanitario] desde hace tres años, con éste nos han atendido. Pero eso sí, toca insistir mucho para que le den a uno cita cuando se necesita”, indica la madre indígena. Por estos motivos, cuando la atención es urgente y los recursos económicos lo permiten, las familias acuden a la consulta privada porque resuelven con prontitud y relativa calidad sus padecimientos bucales. En los recorridos por varios barrios de Bogotá, fue notable el elevado número de clínicas y consultorios odontológicos privados, donde es posible encontrar precios para cada estrato socioeconómico, costos soportados en la ubicación geográfica, la calidad de los materiales y el salario de los odontólogos.

Sobre la segunda categoría, los datos etnográficos indican que la higiene dental es una práctica de prevención común; sin embargo, existen diferencias entre la técnica, frecuencia y eficacia del cepillado. En la observación participante en los hogares, se evidenció el uso de cepillos dentales de reconocidas marcas comerciales porque consideran que es fundamental la calidad de estos dispositivos. Por lo general, el cepillado se realiza dos veces al día, manifestando que es suficiente con dicha frecuencia. Sin embargo, en la familia de estrato alto, esta práctica se cumple entre tres y cinco veces para “evitar la halitosis”, porque las demás enfermedades bucales las atiende su “odontólogo personal”.

En la utilización de elementos farmacéuticos durante el cepillado, todos emplean crema dental, y la familia de estrato medio utiliza una marca de uso especializado y de alto costo como lo es Sensodyne. Sobre este elemento, reconocen que es “contra la sensibilidad”. Igualmente, una mayoría reconoce que no utiliza enjuague bucal ni seda dental porque el “cepillado es suficiente” para su aseo oral. En el cuidado de los infantes, las madres dirigen las labores de higiene bucal y, en algunos casos, lo hacen con cremas dentales específicas para niños. Otro aspecto para señalar es que esta población no reconoce la fluorosis como una enfermedad bucal relacionada con la alta ingesta de flúor.

Al manifestarse un inconveniente en salud bucal de un integrante de la parentela, la cuidadora de la familia toma la iniciativa para hacer frente a esta situación. La determinación de buscar atención depende de la intensidad del malestar, el rol familiar del afectado, la disponibilidad de recursos financieros, la experiencia doméstica frente a estos padecimientos, la disponibilidad de medicamentos en casa y el acceso a los servicios odontológicos.

La molestia más frecuente es el dolor dental. Si éste es en un infante, de inmediato se busca acudir a la consulta odontológica, y por lo general se procura solventar las barreras de acceso en el sector privado, incluso en las familias de estratos bajos. Al respecto, una madre indica: “Gano poco pero para eso trabajo; para darle a mis hijos lo necesario, y si es una urgencia en salud, ni lo dudo”. En otros grupos etarios, la experiencia individual del afectado es la que genera la socialización de dicho malestar en su familia y de inmediato la cuidadora activa mecanismos de diagnóstico y tratamiento. En este proceso se utilizan analgésicos como el acetaminofén y sus combinaciones con cafeína –Dolex Forte–, y si el dolor persiste o se hace más intenso, se aumenta la dosis de estos, o se utiliza ibuprofeno –Advil Ultra–. Una persona joven de una familia de la zona sur comenta que debido al dolor que le genera su tratamiento ortodóntico, ella consume este último medicamento en dosis y frecuencias precisas, información que obtiene en internet.

Estos medicamentos se adquieren sin receta médica en farmacias y a bajo precio. Los sujetos utilizan estos analgésicos porque saben de su eficacia terapéutica a partir sus propias experiencias, porque les son comúnmente recetados en la consulta médica y por la información que sobre éstos aparece en los medios de comunicación. Si bien son principalmente comercializados para dolores de cabeza y espalda, la población reconoce su efecto frente a todo tipo de dolor.

Durante conversaciones con los vendedores de las farmacias aledañas a los hogares con los que se interactuó, estos indicaron que la gente acude a ellos en busca de medicamentos para controlar el dolor dental, y que debido a la “simplicidad” de estos analgésicos, ellos los ofrecen a quien lo necesite sin receta médica. En el ámbito doméstico, se halló que siempre se dispone de analgésicos y otros medicamentos, y se almacenan en diversos lugares: mesa de noche, guantera del carro, gabinete del baño y, lógicamente, en botiquines. Incluso, varias de mamás guardan medicamentos en sus bolsos y los llevan siempre consigo.

Dos familias, ambas de estratos bajos, atienden sus enfermedades bucales con remedios caseros. Colutorios de agua con sal y clavos de olor en la zona del dolor, y la utilización de una solución con benzocaína y antipirina que se obtiene en farmacias y se aplica en una mota de algodón en la cavidad cariada. La cuidadora de origen indígena tiene un amplio conocimiento de plantas de uso terapéutico, e indica que son difíciles de obtener en la ciudad porque éstas solo se producen en su región de origen. Para esta persona, los medicamentos de origen farmacéutico son un recurso efectivo y barato; por lo tanto, los utiliza en la atención a su familia.

El uso de medicamentos se restringe a una atención inicial en casa; en particular, porque los sujetos reconocen que el dolor es un síntoma inicial de la aparición de la caries, la destrucción de tejido dental y otros malestares bucales, y que una solución más efectiva solo es posible si se acude a los servicios odontológicos. Frente a esta realidad, sugieren cambios frente a las barreras de acceso a los servicios sanitarios y sobre la calidad de la atención.

DISCUSIÓN

Los resultados motivan la reflexión de dos asuntos categóricos a discutir con otras nociones sobre automedicación en salud bucal. El primero es la relación entre las condiciones materiales de vida en esta megalópolis, y las representaciones que tienen sus habitantes sobre salud y enfermedad bucal. El segundo es la interacción de las familias bogotanas con diferentes estrategias de atención a la salud existentes en la ciudad.

En Bogotá es alentadora la diversidad sociocultural y alarmante la desigualdad socioeconómica, realidad conexas con diferentes maneras de entender, padecer y atender las enfermedades bucales. Si bien en la dimensión simbólica dichas diferencias son enriquecedoras, en la dimensión material generan desventajas que afectan la salud de las personas. Estas afectaciones tienen un soporte territorial que, en este caso, confirman que una estructura urbana adversa vulnera la salud bucal de las familias que habitan las zonas con deficientes servicios sanitarios¹⁷. En la boca se materializa esa disparidad al ser ésta un teatro cotidiano en donde unos pretenden la estética y otros conviven con las dolencias.

Si bien múltiples investigaciones sobre automedicación se contextualizan en zonas urbanas^{5,6,8,12,13,18}, dichos estudios no relacionan dicha práctica de atención con la estructura socioeconómica de la ciudad; obviando la discusión sobre determinantes sociales de la salud. Es importante reconocer que la automedicación es una estrategia relacionada con el contexto territorial¹⁴ y que Bogotá es un territorio heterogéneo; por lo tanto, el uso autónomo de medicamentos por parte de las familias se relaciona con el escenario de reproducción social y biológico.

Este argumento es coherente con las estrategias de automedicación de la parentela perteneciente a un grupo étnico. Si bien se refiere al uso de plantas medicinales en sus mecanismos de automedicación, en sus prácticas reconocen las dificultades para acceder y hacer uso de plantas específicas en un espacio ciudadano¹⁴. Vale señalar que el uso terapéutico de elementos herbolarios no solo se soporta en un sistema de creencias arraigado en el contexto rural, indígena o familiar, como lo afirman otros autores^{4,12}, este es un método enraizado en diversos sectores sociales a partir de experiencias propias con la enfermedad¹⁵, un acervo de conocimientos científicos y populares sobre este recurso terapéutico¹⁹ y discursos “naturalistas” relacionados con el cuidado de la salud. Dicho método es liderado principalmente por mujeres, quienes en su rol de cuidadoras conocen y utilizan diversos elementos terapéuticos^{14, 15}.

Diferentes estudios afirman que no existe correlación entre el estatus económico de los sujetos y la automedicación, y que esta práctica es más común en personas con menor nivel educativo^{4,6,8}. Si bien este tipo de afirmaciones tienen un soporte estadístico, la etnografía evidenció que las siete familias, provenientes de diversos estratos socioeconómicos, se automedican. La diferencia se soporta en el estatus sociosanitario de las familias, y se materializa en el tipo y el costo de los medicamentos, y en el conocimiento sobre estos y la manera de utilizarlos.

Para múltiples autores las dificultades en el acceso a los servicios de atención a la salud bucal es un determinante de la automedicación^{7-9,11-14,18}. En este caso, indican que en Bogotá existe una distancia entre el aseguramiento y la accesibilidad. Al respecto, se indica que la utilización autónoma de medicamentos no es una práctica que se fortalezca exclusivamente por la desatención en salud; esto porque parte del conocimiento que tienen las familias sobre diversos medicamentos proviene de su interacción con el sistema sanitario. Es allí, en la consulta odontológica, donde las personas obtienen y/o validan información que proviene de los medios de comunicación y redes sociales¹¹, y de la experiencia propia y familiar en el manejo de sus dolencias bucales.

Otras investigaciones indican que los medicamentos más usados son los analgésicos^{2,11-14}. Asimismo, aseveran que las personas hacen uso consciente y autónomo de estos porque se obtienen a bajo costo y sin receta médica en las farmacias^{2,11,12}, y por la “sencillez” de sus principios activos y sus “exiguos” efectos secundarios; realidad que genera escasa incertidumbre en su manejo. Esta lógica también soporta la utilización de las plantas medicinales¹⁴. Así, se razona una estratificación de

medicamentos a partir de su acceso, componentes y terapéutica, trama en donde la automedicación se ralentiza cuando los sujetos reconocen vacíos e inexperiencia alrededor de ciertas medicinas.

Por lo general, esta práctica de atención es considerada como negativa por parte de la biomedicina³ 9,18. Parte de la oposición está en el hecho en que las personas se apropien de un insumo “científico” destinado a curar y paliar las dolencias, y se subestime el rol de los profesionales de la salud de “autorizar” formalmente el consumo de medicamentos que es parte del proceso de reproducción del capital liderado por la industria farmacéutica¹⁵. Lógicamente dicha negativa tiene sólidos fundamentos por parte de las ciencias biomédicas⁹, tema que debería reflexionarse durante la consulta odontológica en actividades de prevención, atención y rehabilitación¹⁵. De esta manera se promueve la automedicación responsable²⁰ que reconoce al paciente como un sujeto autónomo y consciente que puede apoyar en el cuidado de su propia salud.

No obstante, en dicha consulta no se reflexiona sobre el uso responsable de medicamentos por parte de las familias, pero sí se promueve el consumo de pastas, enjuagues, sedas y cepillos dentales, insumos odontológicos que permiten evitar diversas patologías, y paralelamente afianzar el poder del llamado “complejo médico industrial”. Este complejo tiene una posición hegemónica en el campo sanitario porque orienta la evolución tecnológica y científica de la odontología, y convierte las necesidades en salud bucal de la población en una mercancía²¹. Este cientificismo soporta la producción, prescripción y consumo de fármacos, dispositivo ideológico que respalda la eficacia terapéutica y, por lo tanto, los procesos de automedicación con elementos de origen farmacéutico.

CONCLUSIONES

A partir de un enfoque etnográfico se comprende la automedicación en salud bucal como un proceso en donde las familias hacen uso autónomo y racional de diversos recursos terapéuticos, para prevenir y solventar sus padecimientos bucales. Este es un proceso heterogéneo donde se representan asuntos estructurales y simbólicos expresados desde la matriz territorial, las dinámicas socioeconómicas de la parentela y las características de los servicios sanitarios.

En la trama estructural se reconoce la segregación social de la ciudad y su expresión sanitaria en la distribución inequitativa de los servicios odontológicos. Esta desigualdad implica la expresión del estatus social de los sujetos a través de su cuerpo y, lógicamente, de su boca; por lo tanto, la apariencia y el cuidado de ésta son elementos de distinción. Esta materialización corporal de las inequidades se relaciona con saberes y prácticas de automedicación diferenciadas, y que además tienen una dinámica relacionada con el sistema de salud.

En este mismo contexto, las barreras de acceso a la atención son indiscutibles y precipitan dichas inequidades en la población con mayores desventajas socioeconómicas. El aseguramiento se reproduce en una ciudad segregada, dado que no existen mecanismos para que los servicios de salud

sorteen esta situación. En este sentido, el derecho a la salud bucal debería involucrar la discusión de políticas sobre la heterogeneidad territorial y social.

En el ámbito doméstico, la manera en que se entiende y atiende la salud bucal es direccionada por las cuidadoras. Sin importar el estrato socioeconómico, las familias orientan sus esfuerzos en el bienestar de sus integrantes y concentran recursos sociales, culturales y económicos en evitar y tratar sus malestares. Esto involucra razonamientos que principalmente reconocen la caries y la halitosis, que se evitan con seda, pasta, enjuague y cepillo dental, insumos que no generan impugnaciones por parte del gremio odontológico, aun cuando constan discusiones técnicas sobre su uso. El estatus social se evidencia en el consumo de marcas comerciales.

En este mismo escenario de vida cotidiana, la odontalgia es el evento más reconocido por ser el inicio de la destrucción dental, su efecto psicobiológico en las personas y su inquietante socialización en el escenario familiar. La autoatención a esta dolencia involucra principalmente la utilización de analgésicos de venta libre y bajo costo, y en menor medida, remedios caseros. El uso de estos medicamentos depende de la intensidad y la frecuencia del dolor.

AGRADECIMIENTOS

Se agradece al Semillero de Investigación en Salud Colectiva de la Universidad Nacional de Colombia por sus aportes a este trabajo.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

AUTOR DE CORRESPONDENCIA

Edson Jair Ospina Lozano
Universidad Nacional de Colombia
+57 3142663045
ejospinal@unal.edu.co
Carrera 30 45-03, Edificio 210, Oficina 301
Bogotá, Colombia

REFERENCIAS

1. Limaye D, Limaye V, Krause G, Fortwengel G. A systematic review of the literature to assess self-medication practices. *Int J Community Med Public Health*. 2017; 4(8): 2620-31. DOI: <http://dx.doi.org/10.18203/2394-6040.ijcmph20173192>
2. Secoli SR, Marquesini EA, Fabretti SD, Corona LP, Romano-Lieber NS. Tendência da prática de automedicação entre idosos brasileiros entre 2006 e 2010: estudo SABE. *Rev Bras Epidemiol*. 2018; 21(Suppl 2): E180007. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720180007.supl.2>
3. Harrison JM, Lagisetty P, Sites BD, Guo C, Davis MA. Trends in prescription pain medication use by race/ethnicity among US adults with noncancer pain, 2000-2015. *Am J Public Health*. 2018; 108(6): 788-90. DOI: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2018.304349>
4. Ayanwale MB, Okafor IP, Odukoya OO. Self-medication among rural residents in Lagos, Nigeria. *J Med Trop*. 2017; 19(1): 65-71. DOI: https://doi.org/10.4103/jomt.jomt_51_16
5. Rajendran A, Kulirankal KG, Rakesh PS, George S. Prevalence and pattern of antibiotic self-medication practice in an urban population of Kerala, India: a cross-sectional study. *Ind J Commun Med*. 2019; 44(Suppl 1): 42-45. DOI: https://doi.org/10.4103/ijcm.ijcm_33_19
6. Jamhour A, El-Kheir A, Salameh P, Hanna PA, Mansour H. Antibiotic knowledge and self-medication practices in a developing country: a cross-sectional study. *Am J Infect Control*. 2017; 45(4): 384-8. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2016.11.026>
7. Lesclure D, Paget J, Schellevis F, Van Dijk L. Determinants of Self-medication with antibiotics in European and Anglo-Saxon countries: a systematic review of the literature. *Front Public Health*. 2018; (6): 370. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2018.00370>
8. Bogale AA, Amhara AF, Chang J, Bogale HA, Betaw ST, Gebrehiwot NT, et al. Knowledge, attitude, and practice of self-medication with antibiotics among community residents in Addis Ababa, Ethiopia. *Expert Review of Anti-infective Therapy*. 2019; 17(6): 459-66. DOI: <https://doi.org/10.1080/14787210.2019.1620105>
9. Tobón Marulanda FA, Montoya Pava S, Orrego Rodríguez MA. Automedicación familiar, un problema de salud pública. *Edu Med*. 2018; (19): 122-7. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2017.03.004>
10. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. MinSalud promueve los 12 mandamientos contra la resistencia antimicrobiana. 2017. [Internet]. Bogotá: MinSalud; 2017 [Acceso 25 abril de 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/2UbPfmU>
11. Naves JOS, Castro LLC, Carvalho CMS, Hamann EM. Self-medication: a qualitative approach of its motivations. *Ciênc saúd coletiva*. 2010; 15(Suppl 1): 1751-62. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000700087>
12. Del Toro Rubio M, Díaz Pérez A, Barrios Puerta Z, Castillo Avila IY. Automedicación y creencias en torno a su práctica en Cartagena, Colombia. *Rev Cuidarte*. 2017; 8(1): 1509-18. DOI: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v8i1.367>

13. Aldeeri A, Alzaid H, Alshunaiber R, Meaigel S, Shaheen NA, Adlan A. Patterns of self-medication behavior for oral health problems among adults living in Riyadh, Saudi Arabia. *Pharmacy*. 2018; 6(1): 15. DOI: <https://doi.org/10.3390/pharmacy6010015>
14. Ospina Lozano EJ, Liscano Pizón YD, Pachón Solano SI. Automedicación en salud bucal en indígenas Muisca, Yanakunas y Pijaos de Colombia. *Revista da Associação Brasileira de Saúde Coletiva*. Febrero de 2020. Disponible en: <https://bit.ly/3kgSX6L>
15. Menéndez EL Autoatención de los padecimientos y algunos imaginarios antropológicos. *Desacatos*. 2018; (58): 104-13. DOI: <http://dx.doi.org/10.29340/58.1999>
16. Colombia. Departamento Nacional de Estadística. Censo Nacional de Población y Vivienda 2018. [Internet]. Bogotá: DANE. [Consultado 18 abr 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/3yXq03V>
17. Esteban y Peña MM, Fernández Velasco E, Jiménez García R, Hernández Barrera V, Fernández del Pozo IF. Salud e incidencia y diferencias en vulnerabilidad territorial de la ciudad de Madrid. *Rev Esp Salud Pública*. 2020; (94): e1-14.
18. López JJ, Dennis R, Moscoso SM. A study of self-medication in a neighborhood in Bogotá. *Rev Salud Pública*. 2009; 11(3): 432-42. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0124-00642009000300012>
19. Bussmann RW, Paniagua Zambrana NY, Romero C, Hart RE. Astonishing diversity-the medicinal plant markets of Bogota, Colombia. *J Ethnobiol Ethnomed*. 2018; 14(1): 43. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13002-018-0241-8>
20. Morales Ysuhayla JL, Peralta Ugarte E. Automedicación responsable en estudiantes de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional Hermilio Valdizán. *Rev Peru Investig Salud*. 2019; 3(1): 25-9. DOI: <https://doi.org/10.35839/repis.3.1.251>
21. Forero Peña MA. Complejo médico industrial en odontología: el caso de la implantología dental. En: Maldonado Maldonado L, Morales Borrero MC. Editores. *Investigación en Salud Colectiva: entre ciencias sociales y ciencias de la salud*. Bogotá: Centro Editorial Facultad Medicina UNAL; 2018. p. 93-104.