

C I E N C I A

ODONTO lógica

Revista arbitrada
de la Facultad de
Odontología
Universidad del Zulia



Vol. 13. No.1
Enero- Junio 2016



Calidad de vida y estado de la dentición permanente Una mirada desde el paradigma de la complejidad.

Rojas F, Ulises^{1*}, Morón B, Alexis²

¹MgSc, en Salud Pública. Facultad de Odontología. Universidad de Carabobo

² Doctora en Odontología. Especialista en Salud Pública y Planificación Social. Facultad de Odontología. Universidad del Zulia

ulisro@yahoo.com, alexismoronb@gmail.com

Resumen

Objetivo: Analizar la calidad de vida y el estado de la dentición permanente de las diferentes etnias que habitan en la Región Central de Venezuela, desde el paradigma de la complejidad. **Material y método:** Estudio descriptivo con diseño de campo transversal; en una muestra aleatoria estratificada, constituida por 4.492 núcleos de clase para la encuesta social y 54.712 individuos para el examen clínico. Para el estudio del estado de la dentición, se utilizaron los criterios establecidos en los índices aprobados por la OPS/OMS para estudios con propósitos similares, tal como aparecen en la Encuesta de Salud Bucal. Para el componente social, se aplicó instrumento con preguntas orientadas a indagar calidad de vida y auto-identificación étnica y social del responsable principal del sostén del hogar. **Resultados:** Existe un patrón general de desarrollo en relación a las condiciones de vida de la población estudiada, que demuestran un mejoramiento continuo de los indicadores socio-demográficos, de salud pública y por ende de la salud buco-dental. No se distinguen diferencias importantes entre capitalistas, ejecutivos, trabajadores de elites y proletario formal no manual en relación a los componentes del índice CPO; **Conclusiones:** Venezuela y su Región Central al igual que las regiones de explotación petrolera, principalmente la Región Zuliana, poseen condiciones y calidad de vida y salud producto de una evolución compleja y constante del proceso de desarrollo que se da a partir de la década de los años 60 del siglo XX..

Palabras clave: Estado de la dentición; etnias venezolanas; género; caries.

Analysis of the quality of life and state of the permanent dentition from paradigm of the complexity.

Abstract

Objective: To analyze quality of life and the state the permanent teething of the different ethnic groups who live in the Central Region of Venezuela, from the paradigm of the complexity. **Methodology:** Descriptive study with design of cross-sectional field; in a stratified random sample, constituted by 4,492 nucleo of class for the social survey and 54,712 individuals for the clinical examination. For the study of the clinical conditions, the criteria established in the indices approved by the OPS/OMS in the Survey of Oral Health were used: Índice de Caries (CPO) Índice de Higiene Oral (IHO), Communitarian Periodontal Index (IPC). For the social component, a questionnaire designed for such aim was applied, with oriented questions to investigate on the car-identification of the main person in charge of the support of the home to an ethnic and social group in individual. **Results:** There is a general pattern of development in relationship of conditions of life of the Venezuelan population, which show a continuous improvement of the socio-demographic indicators, public health and consequently of the oral health. There are not significative differences between capitalists, executives, employees of elites and proletarian formal no manual in relation to each component of the PCO; However, except in the two first ethnic groups, which present DMFT low to moderate levels. **Conclusions:** Venezuela and its Central Region as well as the regions of oil exploitation, mainly the Region of Zulia, has conditions and quality of life and health product of a complex and constant evolution of the development process that occurs from the decade of the sixties of the 20th century.

Keywords: State of the dentition; ethnic groups; gender; social class.

Introducción

A partir del auge de la sociedad del conocimiento y de la revolución de las tecnologías, de la informática y de las comunicaciones, tal como lo refiere Morín¹ surgen nuevos conceptos, nuevas interacciones, nuevas realidades históricas, que plantean el desafío de superar viejos paradigmas, por nuevos descubrimientos que van a interactuar y a implicarse luego de su conjunción y distinción.

Según este autor, la complejidad, constituye una noción paradigmática de la post modernidad en la ciencia que facilita, a través de la conformación de redes explicativas, una mejor y profunda

interpretación de la causalidad y su distribución en el desarrollo de los seres humanos, permitiendo aproximarse al análisis integral de los fenómenos sociales que conforman una totalidad.

A partir de este enunciado, es posible abordar el proceso salud-enfermedad, en su dimensión individual y colectiva, considerando en la explicación causal y distribución, de este fenómeno, principios que rigen la complejidad (la dialógica, la recursividad y el hologratismo) para explicar la relación que se establece entre las condiciones biológicas, psicológicas, antropológicas y culturales de los grupos étnicos y sociales y las relaciones estructurales, políticas y de producción y consumo, que se generan en una sociedad históricamente determinada.

Según J. Samaja², una vez distinguidos los factores causales y condicionantes de la salud y la enfermedad, se estudian cómo se implican y se conjugan para aproximarnos a una explicación de la causalidad, desde la complejidad inter y transdisciplinaria, la subjetividad y la reproducción social.

Es importante destacar que los principios citados, nutren las propuestas implícitas en el episteme de la modernidad y de sus diferentes paradigmas, como son la corriente histórica social, inscrita en el paradigma del materialismo histórico-dialectico³ y el pragmatismo de las demás corrientes epidemiológicas, inscritas dentro del paradigma del positivismo³

Así mismo, en sus fundamentos, esta corriente paradigmática, reconoce los aportes de la epidemiología en el estudio y análisis del proceso salud-enfermedad, disciplina científica que ha sustentado su saber y praxis en teorías que marcan su historia evolutiva, a saber: la unicausalidad^{3,4} de la era microbiológica, la multicausalidad,^{3,4} con su reconocimiento a los factores determinantes principales y secundarios que compilan con la concepción lineal de causa-efecto, los aportes del Levell y Clark^{3,4} con la historia natural de la enfermedad y finalmente, los avances de la epidemiología crítica^{3,4}.

Con base a estos señalamientos, este trabajo asume el "Paradigma de la Complejidad"; para analizar, a través de sus principios y metódica, las condiciones de vida y estado de la dentición de individuos mayores de 15 años pertenecientes a las diferentes etnias que tienen su asiento en la Región Central de Venezuela.

Su aporte radica en proponer una salida metódica que posibilite aproximaciones analógicas a la compleja red de causalidad de la salud-enfermedad y su distribución así como a la identificación de aspectos claves en la jerarquización e integración de acciones en los diversos niveles estructurales y funcionales de los fenómenos que le conforman.

Materiales y Métodos

Estudio correlacional transversal, no experimental, sobre una muestra aleatoria estratificada, proporcional al número de individuos de cada uno de los estados, municipios y parroquias correspondiente al país.

La muestra definitiva a nivel nacional, estuvo conformada por 17.611 núcleos de clase para la encuesta social y 54.712 individuos para el examen clínico. La muestra correspondiente a la Región Central de Venezuela, estuvo constituida por 4.492 núcleos de clase para la encuesta social.

En el diseño de los procedimientos de obtención de la información se tomaron como base los siguientes elementos: Una cobertura geográfica a nivel de las localidades de las regiones administrativas de la República Bolivariana de Venezuela y de los dominios especiales de estudio (indígenas y afrodescendientes), utilización de la encuesta por muestreo para obtener la información, identificación como informantes (unidad de información) al núcleo de clase o sostén principal del hogar. Se aplicó un cuestionario que contenía preguntas para indagar la auto-identificación o auto-adscripción del responsable principal del sostén del hogar a un grupo étnico y para establecer las representaciones sobre salud bucal.

La información referida al componente bucal de los individuos seleccionados en la muestra, fue obtenida mediante el método directo de observación, a través de un examen clínico, siguiendo los criterios de la Organización Mundial de la Salud, OMS⁵.

El examen intraoral consideró el estudio de las entidades siguientes: mucosa oral, opacidad/ hipoplasia del esmalte, fluorosis dental, índice de higiene bucal simplificado (a partir de los 5 años), índice periodontal comunitario, pérdida de fijación (a partir de los 15 años), estado de la dentición y tratamiento necesario, situación y necesidad de prótesis (a partir de 15 años), erupción dentaria (5 a 18 años), anomalías

dentofaciales (12 -18), necesidad inmediata y asistencia a consulta.

Cada uno de los individuos seleccionados fue examinado bajo luz natural, utilizando paleta de madera y la sonda periodontal diseñada por la OMS. El examen clínico fue realizado tanto a niños y adolescentes de 5 a 18 años, como adultos de 19 a 59 años y personas de la tercera edad, de 60 años y más.

A los efectos de controlar la confiabilidad del dato clínico, y garantizar la reproducibilidad del método se aplicaron las recomendaciones de la OMS⁴ expresadas entre otras en la contrastación de los exámenes pareados entre sí, a fin de medir el nivel de concordancia inter examinador e intra examinador. Se realizaron exámenes duplicados al 10% de la muestra y se obtuvieron valores entre 0.89 y 0.92, los cuales fueron considerados como una concordancia intra e interexaminador casi perfecta.

Se trabajó con un coeficiente de confianza del 95%. El error máximo admisible relativo se fijó a priori en un nivel del 5%.

Para el análisis de la morbilidad cariosa, se procesó la información en tres categorías: personas sanas, individuos con 1 a 2 y con 3 o más dientes afectados, luego se expresó su distribución según edad en forma porcentual.

Aspectos éticos:

Se aplicaron las normas de bioética del tratado de Helsinki⁶, recogidas también en los códigos de bioética y bioseguridad del Ministerio del Poder Popular para la Ciencia y la Tecnología y del Fonacit⁷, específicamente en su capítulo 1, numeral 8.

Resultados

La Tabla 1, permite apreciar que la mayoría de los núcleos de clase, 61.7%, se encuentra en edades que van desde los 40 a los 64 años; siendo este porcentaje, para el Dto. Capital de 72,2%, para Aragua, 61,4%, Carabobo, 58,3%, Miranda, 65,9% y Vargas, 63,2%.

Tabla 1. Distribución de los núcleos de clase según edad y estado. Región Central de Venezuela 2008

Edad (Años)	Estado												
	Distrito Capital		Aragua		Carabobo		Miranda		Vargas		Total		
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	
Menos de 20	14	1,3	9	0,9	16	0,9	6		0,7	1	0,5	46	0,9
20-29	144	13,5	144	14,4	257	14,1	99		11,3	22	9,9	666	13,3
30-39	253	23,8	262	26,3	430	23,6	194		22,1	59	26,4	1198	24,0
40-49	219	20,5	245	24,5	463	25,3	188		21,4	46	20,6	1161	23,3
50-64	298	27,9	238	23,8	477	26,1	240		27,3	57	25,6	1310	26,3
65 o más	139	13,0	100	10,0	183	10,0	151		17,2	38	17,0	611	12,2
Total	1067	21,4	998	19,9	1826	36,6	878		17,6	223	4,5	4992	100,0

Fuente: Perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas. 2008.

La Tabla 2, observa que existe una proporción mayor del género femenino, 60%, en todas las entidades, exceptuando el distrito

Capital. La diferencia se considera altamente significativa (Chi cuadrado bondad de ajuste = 197,24; g.l. = 1, p < 0,0001).

Tabla 2 Distribución de los núcleos de clase según etnia y estado. Región central de Venezuela. 2008

Etnia	Estado										Total	%
	Dto. Capital		Aragua		Carabobo		Miranda		Vargas			
	F	%*	F	%*	F	%*	F	%*	F	%*		
Criollos	1016	95,2	905	90,7	1685	92,3	792	90,2	162	72,7	4560	91,4
Afrodescendientes	33	3,1	71	7,1	109	5,9	76	8,7	61	27,3	350	7,0
Indigenas	18	1,7	22	2,2	32	1,8	10	1,1	0	0,0	82	1,6
Total	1067	21,4	998	19,9	1826	36,6	878	17,6	223	4,5	4992	100,0

* Porcentajes internos en base a subtotaes verticales

Fuente: Perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas. 2008.

Al distribuir los núcleos por clase social se observa el predominio de los proletarios informales, 47,1%, seguido por proletarios formales no manuales, 24,0%, luego proletario formal manua, 11,5%, pequeña burguesía, 7,1%, trabajadores de élite, 3,9%, ejecutivos, 3,9% y capitalistas, 0,3%.

En relación a los ingresos, el 7,1%% de los núcleos de clase reciben ingresos por debajo de un salario mínimo, con uno, el 35,2%, menos de dos, el 24,1% y dos, el 12,8%. El restante, 16,1%, recibe entre menos de tres a cuatro o más salarios mínimos mensuales. Ver tabla 3

Tabla 3 Distribución de los núcleos de clase según género y estado. Región central de Venezuela 2008.

Género	Estado										TOTAL	%		
	Dto. Capital		Aragua		Carabobo		Miranda		Vargas					
	F	%*	F	%*	F	%*	F	%*	F	%*				
Masculino	562	52,7	352	35,3	620	34,0	388	44,2	77	34,5	1999	40,0		
Femenino	505	47,3	646	64,7	1206	66,1	490	55,8	146	65,5	2993	60,0		
Total			1067	21,4	998	19,9	1826	36,6	878	17,6	223	4,5	4992	100,0

* Porcentajes internos en base a subtotaes verticales

Fuente: Perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas. 2008.

Al considerar la relación ingreso/clase social, los mayores ingresos (cuatro o más salarios mínimos mensuales), corresponden a la clase capitalista, 26,7%.

Los bajos ingresos, inclusive en las clases más pudientes, crean una sospecha razonable relacionada a que los núcleos de clase no expresan los ingresos que perciben.

El 47,8% de los núcleos estudiados, tiene como nivel de instrucción, la secundaria incompleta y completa, de manera conjunta. Luego está el grupo con primaria incompleta, 16,1% y finalmente, la educación universitaria. 14,2%.

En la clase capitalista, el 33,3%, posee instrucción secundaria completa, seguido por postgrado, 26,7% y técnico superior, 20,0%. En la clase ejecutiva, respectivamente tienen el 26,0%, 22,5% y 17,3%. En los trabajadores de élite predomina de manera notable el nivel universitario (61,2%) que junto con el postgrado (12,8%) alcanza un 74,0%. Para las clases proletarias, en la formal no manual aparece la secundaria completa con 28,5% en primer lugar, pero la secundaria incompleta es la primera para las clases formal manual y la proletaria informal con 32,9% y 28,1% respectivamente. Tabla 4

Tabla 4. Distribución de los núcleos de clase según ingreso mensual y clase social. Región Central de Venezuela 2008.

Ingreso Mensual (Salario mínimo)	Clase Social													
	Capitalista		Ejecutivos		Trabajador. de élite		Pequeña Burguesía		Proletario Formal No Manual		Proletario Formal Manual		Proletario Informal	
	F	%*	F	%*	F	%*	F	%*	F	%*	F	%*	F	%*
Menos de Uno	0	0,0	7	3,5	3	1,0	15	4,2	73	6,1	3	0,5	254	10,8
Uno	2	13,3	38	19,4	79	26,0	63	17,8	386	32,2	250	43,6	945	40,2
Menos de Dos	4	26,7	46	23,5	63	20,7	89	25,1	307	25,6	160	27,9	532	22,6
Dos	3	20,0	42	21,4	48	15,8	43	12,1	187	15,6	68	11,8	250	10,6
Menos de Tres	1	6,7	28	14,3	36	11,8	36	10,0	114	9,5	55	9,6	77	3,3
Tres	0	0,0	8	4,1	29	9,5	31	8,8	54	4,5	22	3,8	80	3,4
Cuatro o más	4	26,7	19	9,7	41	13,5	65	18,4	46	3,8	7	1,2	52	2,2
Otro / No declarado	1	6,7	8	4,1	5	1,7	12	3,4	33	2,8	9	1,6	159	6,8
Total	15	0,3	196	3,9	304	6,1	354	7,1	1200	24,0	574	11,5	2349	47,1

* Porcentajes internos en base a subtotalet verticales.

Fuente: Perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas. 2008

Entre el 75,0% y casi el 95% de los núcleos investigados, al momento del estudio, estaban trabajando. Tabla 5

La tabla 6, observa que el 49,0% de los núcleos de clase de la región central tienen empleo fijo, seguido por los que trabajan por su cuenta, que constituyen el 29,6%. De éstos, 53,4% son proletarios informales.

Los hospitales y ambulatorios del Ministerio del Poder Popular para la Salud, son los más solicitados para la asistencia de salud de los núcleos de clase, 36,8%. Siguen las clínicas privadas (21,3%), los hospitales y ambulatorios de la gobernación respectiva con 14,8%, Barrio Adentro con 10,8% y el I.V.S.S. con 10,0%.

Tabla 5. Distribución de los núcleos de clase según nivel de instrucción y clase social
Región Central de Venezuela. 2008.

Nivel de Instrucción	Clase Social														Total	%
	Capitalista		Ejecutivos		Trabajadores de Élite		Pequeña Burguesía		Proletario Formal No Manual		Proletario Formal Manual		Proletario Informal			
	F	%*	F	%*	F	%*	F	%*	F	%*	F	%*	F	%*		
Postgrado	4	26,7	11	5,6	39	12,8	14	4,0	31	2,6	1	0,2	6	0,3	106	2,1
Universitaria	0	0,0	44	22,5	186	61,2	81	22,9	278	23,2	14	2,4	105	4,5	708	14,2
Técnico Superior	3	20,0	34	17,3	44	14,5	35	10,0	206	17,1	48	8,4	114	4,9	484	9,7
Secundaria Incompleta	2	13,3	30	15,4	13	4,3	62	17,5	182	15,1	189	32,9	660	28,1	1138	22,8
Secundaria Completa	5	33,3	51	26,0	9	3,0	102	28,8	342	28,5	123	21,4	618	26,3	1250	25,0
Primaria Incompleta	1	6,7	14	7,1	5	1,6	46	13,0	109	9,1	146	25,5	485	20,6	806	16,1
Primaria Completa	0	0,0	5	2,6	3	1,0	10	2,8	30	2,5	42	7,3	215	9,2	305	6,1
Alfabeta	0	0,0	3	1,5	2	0,7	1	0,3	2	0,2	4	0,7	20	0,9	33	0,6
Analfabeta	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,7	3	0,3	1	0,2	2	0,1	9	0,2
No Declarada	0	0,0	4	2,0	3	1,0	0	0,0	17	1,4	6	1,0	124	5,3	154	3,1
Total	15	0,3	196	3,9	304	6,1	354	7,1	1200	24,0	574	11,5	2349	47,1	4992	100,0

Fuente: Perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas. 2008.

* Porcentajes internos en base a subtotaes verticales.

Tabla 6 Distribución de los núcleos de clase según situación ocupacional y clase social.
Región central de Venezuela 2008.

Situación Ocupacional	Clase Social														Total	%
	Capitalista		Ejecutivos		Trabajadores de Élite		Pequeña Burguesía		Proletario Formal No Manual		Proletario Formal Manual		Proletario Informal			
	F	%*	F	%*	F	%*	F	%*	F	%*	F	%*	F	%*		
Trabajando	14	93,3	156	79,6	239	78,6	316	89,3	990	82,3	491	85,5	1943	82,7	4149	83,1
Sin trabajar pero tiene trabajo	0	0,0	5	2,6	8	2,6	13	3,7	20	1,7	13	2,3	48	2,0	107	2,1
Cesante o desempleado	0	0,0	3	1,5	0	0,0	8	2,3	19	1,6	10	1,7	68	2,9	108	2,2
Quehaceres del hogar	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3	2	0,2	0	0,0	30	1,3	33	0,6
Estudiando sin trabajar	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	0,2	4	0,1
Pensionado o jubilado	0	0,0	31	15,8	55	18,1	15	4,3	165	13,8	57	9,9	233	9,9	556	11,3
Incapacitado sin trabajar	0	0,0	1	0,5	0	0,0	0	0,0	2	0,2	3	0,6	15	0,7	21	0,4
Otra	1	6,7	0	0,0	2	0,7	1	0,3	2	0,2	0	0,0	8	0,3	14	0,2
Total	15	0,3	196	3,9	304	6,1	354	7,1	1200	24,0	574	11,5	2349	47,1	4992	100,0

*Porcentajes internos en base a subtotaes verticales.

Fuente: Perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas. 2008.

Los resultados mostrados dan a entender que la asistencia a los servicios de salud, está enfocada mayoritariamente a los

hospitales y ambulatorios del Ministerio de Salud, para las clases que no incluyen la capitalista y los trabajadores de élite. Tabla 7

Tabla 7 Distribución de los núcleos de clase según categoría ocupacional y clase social. Región central de Venezuela 2008.

Categoría Ocupacional	Clase Social															
	Capitalista		Ejecutivos		Trabajadores de Élite		Pequeña Burguesía		Proletario Formal No Manual		Proletario Formal Manual		Proletario Informal		Total	%
	F	%*	F	%*	F	%*	F	%*	F	%*	F	%*	F	%*		
Empleo fijo	0	0,0	172	87,8	258	84,9	3	0,8	955	79,6	430	74,9	626	26,6	2444	49,0
Contrato	0	0,0	16	8,1	45	14,8	11	3,1	203	16,9	122	21,3	170	7,2	567	11,4
Empleo ocasional	0	0,0	2	1,0	1	0,3	7	2,0	28	2,3	14	2,4	82	3,5	134	2,7
Trabajo por cuenta propia	0	0,0	0	0,0	0	0,0	219	61,9	5	0,4	1	0,2	1255	53,4	1480	29,6
Empleador o patrón	15	100	0	0,0	0	0,0	78	22,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0	94	1,9
Cooperativista	0	0,0	0	0,0	0	0,0	24	6,8	9	0,8	0	0,0	1	0,0	34	0,7
Ayudante familiar sin remuneración	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,2	9	0,5	10	0,2
Servicio doméstico	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	71	3,0	71	1,3
No declarado	0	0,0	6	3,1	0	0,0	23	3,4	0	0,0	6	1,0	134	5,8	158	3,2
Total	15	0,3	196	3,9	304	6,1	354	7,1	1200	24,0	574	11,5	2349	47,1	4992	100,0

* Porcentajes internos en base a subtotaes verticales.

Fuente: Perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas. 2008.

En la Tabla 8, se puede apreciar la distribución de la población según etnia y entidad federal. El 91,4% corresponde a criollos, mientras que el 7,0 %, afrodescendientes y un 1,6%, indígenas. El estado Vargas presentó la mayor proporción de afrodescendientes, 27,3%. La etnia indígena varía ente 0,0% (estado Vargas) a un 2,2% (estado Aragua). Con respecto a los criollos, hay poca diferencia porcentual entre los estados (a excepción de Vargas que presenta un 72,7%)

En la Tabla 9, se puede observar la distribución de los núcleos de clase por edad y etnia. El mayor porcentaje (26,3%) de la población entrevistada, se posicionó en edades desde los 50 a 64 años con un 26,3%; siendo 31,7% afrodescendientes, y cercanamente con 30,5% los indígenas, estando luego los criollos con 25,8%. En las edades de mayor actividad productiva laboral que son de 30 a 49 años, los criollos representan el 47,7%, los afrodescendientes, 31,8% y los indígenas 34,1%.

Tabla 8. Distribución de los núcleos de clase según utilización de servicio y clase social. Región Central de Venezuela 2008

Servicio de Salud	Capitalista		Ejecutivos		Trabajadores de Elite		Pequeña Burguesía		Proletario Formal No Manual		Proletario Formal Manual		Proletario Informal		Total	%
	F	%*	F	%*	F	%*	F	%*	F	%*	F	%*	F	%*		
Hospitales y Ambulatorios del Ministerio de Salud	4	26,7	72	36,7	77	25,3	129	36,4	384	32,0	224	39,0	948	40,4	1838	36,8
Clinicas Privadas	9	60,0	62	31,6	147	48,4	111	31,4	322	26,8	87	15,2	324	13,8	1062	21,3
Hospitales y Ambulatorios de la Gobernación	2	13,3	17	8,7	21	6,9	42	11,9	175	14,6	88	15,3	393	16,7	738	14,8
Barrio Adentro	0	0,0	7	3,6	17	5,6	28	7,9	118	9,8	62	10,8	306	13,0	538	10,8
I.V.S.S	0	0,0	21	10,7	24	7,9	27	7,6	125	10,4	70	12,2	232	9,9	499	10,0
Centro Diagnóstico Integral (CDI)	0	0,0	7	3,6	4	1,3	8	2,3	26	2,2	32	5,6	86	3,7	163	3,3
Salas de Rehabilitación Integral (SRI)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,3	1	0,1	2	0,3	3	0,1	7	0,1
Otros	0	0,0	7	3,6	11	3,6	2	0,6	35	2,9	6	1,0	25	1,1	86	1,7
No declaró	0	0,0	3	1,5	3	1,0	6	1,7	14	1,2	3	0,5	32	1,4	61	1,2
Total	15	0,3	196	3,9	304	6,1	354	7,1	1200	24,0	574	11,5	2349	47,1	4992	100,0

* Porcentajes internos en base a subtotales verticales.

Fuente: Perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas. 2008.

Tabla 9. Índice CPO según edad y género. Región Central de Venezuela 2008.

Edad (Años)	Género		Total
	Masculino	Femenino	
15 - 18	2,61	2,95	2,81
19 - 24	3,33	4,42	4,01
25 - 34	4,87	6,01	5,62
35 - 44	7,26	9,94	9,11
45 - 54	10,68	14,03	12,98
55 - 64	13,39	18,16	16,67
65 - 74	18,32	22,42	20,82
75 o más	21,53	23,96	23,12
Total	8,41	10,97	10,10

0.0 – 1.1 MUY BAJO; 1.2 – 2.6 BAJO; 2.7 – 4.4 MODERADO; 4.5 – 6.5 ALTO; 6.6 > MUY ALTO

Fuente: Perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas. 2008.

En la tabla 10, se pueden ver los valores del Índice CPO según edad y género.. El femenino presenta el mayor Índice CPO, 10,97, siendo el correspondiente al grupo masculino 8,41. Al considerar la edad, como era de esperarse, hay predominio en las categorías de mayor edad, con Índice CPO de 20,82 para los de 65 a 74 y con 23,12 para los de 75 años o más. Se observa también que el Índice CPO tiende a aumentar progresivamente a medida que se incrementa

la edad- En ambos géneros, el Índice CPO aumenta con la edad, siendo siempre mayor en las mujeres que en los hombres. Para los dos primeros grupos etarios, se observan niveles de caries bajo (2,61); moderados (2,95 – 4,42); para el tercer grupo etario se observa un nivel de caries ya alto y a partir del grupo de (35- 40) el promedio de caridos es considerado muy alto, según clasificación del nivel de caries en comunidades de la Organización Mundial de la Salud. (OMS)

Tabla 10. Índice CPO según edad y etnia. Región Central de Venezuela 2008.

Edad (Años)	Etnia			Total
	Criollos	Afrodese-cendientes	Indígenas	
15 -18	2,76	3,37	2,73	2,81
19 - 24	3,96	4,93	3,29	4,01
25 - 34	5,63	5,55	5,24	5,62
35 - 44	9,04	10,03	8,35	9,11
45 - 54	13,02	12,87	11,70	12,98
55 - 64	16,72	16,48	14,23	16,67
65 - 74	21,01	18,60	20,14	20,82
75 o más	23,13	23,00	16,83	23,12
Total	10,09	10,42	8,74	10,10

0.0 – 1.1 MUY BAJO; 1.2 – 2.6 BAJO; 2.7 – 4.4 MODERADO; 4.5 – 6.5 ALTO; 6.6 > MUY ALTO

Fuente: Perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas. 2008

En la Tabla 11, se puede apreciar el Índice CPO según edad y etnia. Los afrodescendientes, tienen el mayor Índice, 10.42, seguidos muy de cerca por los criollos, 10,09, y algo menor el de los indígenas, 8,74. A excepción de la etnia indígena, en todas las edades, crece el Índice con la edad, siendo la excepción al presentar el grupo de 65 a 74 años en los indígenas un Índice de 20,4, bajando a un 16,83, en los de 75 años o más.

En la Tabla 12, se observa el Índice CPO según clase social y edad. La clase capitalista tiene el menor Índice 6.97,

mientras que en las otra clases, todos los valores están por encima de 8, siendo el menor el de la pequeña burguesía, 8.78 y el mayor, 10.51 correspondiente al proletario informal. Sin embargo, llama la atención que las clases ejecutivo, trabajadores de élite y los proletarios formales no manual y manual tienen Índices similares con diferencias de décimas. Respecto a la variación del Índice CPO, según edad, se puede apreciar que en todas las clases, los valores del Índice aumentan sostenidamente con el incremento de la edad.

Tabla 11. Índice CPO según clase social y edad. Región Central de Venezuela 2008.

Clase Social	Edad (años)								Total
	15-18	19-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75 o más	
Capitalista	2,00	0,00	6,89	4,00	8,50	14,89	18,75	19,00	6,97
Ejecutivos	2,44	2,98	5,25	9,98	12,39	16,11	20,93	21,06	9,74
Trabajadores de Elite	2,93	3,04	6,02	9,23	11,69	13,51	19,47	22,63	9,73
Pequeña Burguesía	2,23	2,71	5,28	7,70	11,39	14,83	19,36	19,78	8,78
Proletario Formal No Manual	2,49	3,95	5,31	8,69	12,89	16,19,	20,63	23,96	9,96
Proletario Formal Manual	2,88	4,53	6,07	8,96	13,43	17,18	21,14	22,52	9,88
Proletario Informal	3,04	4,34	5,68	9,53	13,49	17,47	21,29	23,38	10,51
Total	2,81	4,01	5,62	9,11	12,08	16,67	20,82	23,12	10,10

0.0 – 1.1 MUY BAJO; 1.2 – 2.6 BAJO; 2.7 – 4.4 MODERADO; 4.5 – 6.5 ALTO; 6.6 > MUY ALTO

Fuente: Perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas. 2008.

Tabla 12 Distribución de la población examinada según etnia e Índice Periodontal Comunitario (IPC). Región Central de Venezuela 2008.

Etnia	Índice Periodontal de la Comunidad						Total	%
	Sanos		Afectados		Excluidos y no registrados			
	F	(%)*	F	(%)*	F	(%)*		
Criollos	6245	56,4	3175	28,7	1654	14,9	11074	90,7
Afrodescendientes	619	66,1	205	21,9	112	12,0	936	7,7
Indigenas	102	50,8	73	36,3	26	12,9	201	1,6
Total	6966	57,1	3453	28,2	1792	14,7	12211	100,0

* Porcentajes internos en base a subtotales horizontales.

Fuente: Perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas. 2008.

El 66,1% de los afrodescendientes mantienen un estado de salud periodontal, seguidos por los criollos, 56,4% e indígenas, 50,8%. Sin embargo, en lo referente a los afectados, la mayor incidencia es del 36,3% que corresponde a la etnia indígena, mientras que los criollos (28,7%) y los afrodescendientes (21,9%) presentan una leve diferencia, 6,8% entre ellos. Se obtuvo una asociación significativa ($P < 0,0001$) entre la etnia y el IPC (no tomando en cuenta los excluidos y los no registrados para el

análisis), pues el valor del chi cuadrado fue de 32,54 para dos grados de libertad. Tabla 13

La tabla 14, muestra los resultados obtenidos en los sujetos examinados con afectación periodontal. El total es mayor a los afectados reseñados en la tabla 24, pues un sujeto puede tener más de un diagnóstico. Se diagnosticó un 19,1% con hemorragia, 45,7% con cálculo, con bolsas de 4 a 5 mm y de 6 mm o más en conjunto un 18,7%, y un 16,5% con sextante excluido.

Tabla 13 Distribución de la población según etnia y diagnóstico periodontal de tipo patológico. Región central de Venezuela 2008

	Índice Periodontal de la Comunidad (solo afectados)											
	Hemorragia		Cálculo		Bolsa 4 - 5 mm		Bolsa 5 mm o más		Sextante excluido		Total (Casos)	%
Etnia	F	%*	F	%*	F	%*	F	%*	F	%*		
Criollos	732	19,3	1748	46,0	509	13,4	186	4,9	623	16,4	3798	91,8
Afrodescendientes	35	13,5	111	42,9	42	16,2	17	6,6	54	20,8	259	6,3
Indígenas	24	30,4	32	40,5	10	12,7	7	8,9	6	7,5	79	1,9
Total	791	19,1	1891	45,7	561	13,6	210	5,1	683	16,5	4136	100,0

* Porcentajes internos en base a subtotales horizontales.

Fuente: Perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas. 2008.

En términos de etnia, la hemorragia fue mayor en los indígenas con un 30,4% , en los cálculos hay un ligero predominio de los criollos al presentarlos en un 46,0%. En las bolsas de menor tamaño, se destacan los afrodescendientes (16,2%) y en las más grandes, los indígenas (9,9%). Para finalizar los en los sextantes excluidos son más

frecuentes en los afrodescendientes (20,8%). Al aplicar la prueba de chi cuadrado, se obtiene un valor de 22,42 para ocho grados de libertad y una significación estadística de $P < 0,005$, es decir, existe una asociación significativa entre el tipo de afectación periodontal y la etnia.

Tabla 14 Distribución de la población examinada según clase social e Índice Periodontal Comunitario (IPC). Región Central de Venezuela 2008.

Clase Social	Índice Periodontal de la Comunidad						Total	%
	Sanos		Afectados		Excluidos y no registrados			
	F	%*	F	%*	F	%*		
Capitalista	13	33,3	21	53,9	5	12,8	39	0,3
Ejecutivos	268	59,7	127	28,3	54	12,0	449	3,7
Trabajadores de Élite	398	55,4	210	29,3	110	15,3	718	5,9
Pequeña Burguesía	503	59,1	233	27,4	115	13,5	851	7,0
Proletario Formal No Manual	1705	59,2	742	25,8	431	15,0	2878	23,6
Proletario Formal Manual	876	56,3	479	30,8	202	12,9	1557	12,8
Proletario Informal	3203	56,0	1641	28,7	875	15,3	5719	46,8
Total	6996	57,1	3453	28,3	1792	14,7	12211	100,0

* Porcentajes internos en base a subtotales horizontales.

Fuente: Perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas. 2008.

En la Tabla 15, referida a la afectación periodontal, el IPC en la población examinada, la clase social más afectada es la capitalista con un 53,9% y la menor la de los proletarios formales no manuales con 25,8%. Las demás clases tienen un porcentaje de afectación entre 27,4% (pequeña burguesía) y 30,8% (proletarios formales manuales).

De los 4136 casos diagnosticados con afectación periodontal, se encontró predominado en la clase capitalista, las hemorragias con un 42,9%. Con respecto a los cálculos, 46,7%, también predominan en la clase capitalista, pero a su vez en todas las demás clases, pues esta afectación es la mayor en todas las clases sociales respecto a las patologías periodontales, variando

entre 43,5% para los proletarios formales no manuales y los trabajadores de élite con 47,2% de ellos.

Con respecto a las bolsas de 4 a 5 mm, la mayor incidencia se encuentra en la clase de los ejecutivos con un 15,9%, aunque esta cifra no dista mucho de la incidencia para otras clases. En bolsas de 5 mm o más, la incidencia varía entre 7,9% (pequeña burguesía) y 0,0% en la clase capitalista. En cuanto a sextante, los capitalistas no presentan esta patología, pero para las demás clases, no hay mucha diferencia entre ellas, pues las cifras porcentuales van de 12,7% (pequeña burguesía) a 17,8% (proletarios formales no manuales).. Ver tabla 16

Tabla 15 Distribución de la población examinada de la comunidad según clase social y diagnóstico periodontal de tipo patológico.Región Central de Venezuela 2008.

Clase Social	Índice Periodontal de la Comunidad (solo afectados)											
	Hemorragias		Cálculo		Bolsa 4 - 5 mm		Bolsa 5 mm o más		Sextante excluido		Total (casos)	%
	F	%*	F	%*	F	%*	F	%*	F	%*		
Capitalista	9	42,9	10	47,6	2	9,5	0	0,0	0	0,0	21	0,5
Ejecutivos	26	17,2	70	46,4	24	15,9	7	4,6	24	15,9	151	3,7
Trabajadores de Élite	52	20,4	120	47,1	33	12,9	5	2,0	45	17,6	255	6,2
Pequeña Burguesía	54	20,2	119	44,6	39	14,6	21	7,9	34	12,7	267	6,5
Proletario Formal No Manual	169	18,7	393	43,5	132	14,6	48	5,3	161	17,8	903	21,8
Proletario Formal Manual	119	21,4	262	47,2	69	12,4	29	5,2	76	13,7	555	13,4
Proletario Informal	362	18,2	917	46,2	262	13,2	100	5,0	343	17,3	1984	48,0
Total	791	19,1	1891	45,7	561	13,6	210	5,1	683	16,5	4136	100,0

* Porcentajes internos en base a subtotales horizontales.

Fuente: Perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas. 2008.

En la Tabla 17, se presenta el promedio de dientes cariados, 0.97 para toda la población examinada. El mayor promedio se presentó en los proletarios formales manuales, 1.25 y el menor para los trabajadores de élite, 0,51.

Respecto a la edad, los grupos más jóvenes tuvieron los mayores promedios, 1.07 (15 a 18 años), 1.11 (19 a 24 años.), 1,12(25 a 34 años) y 1,8 (35 a 44 años), , mientras que los de mayor edad tuvieron un rango en los promedios de 1,00 para los de 45 a 54 años y 0,55 para los de 75 años o más.

Al relacionar las dos variables, como es previsible, los promedios más altos son en

las clases proletarias y en los individuos con menor edad.

En la tabla 18, se describe el valor promedio del índice IHBS según clase social y etnia. En ésta se observa que los indígenas presentan el mayor valor del IHBS siendo de 1,12, mientras que los criollos están en segundo lugar con 0,92 y los afrodescendientes con el menor con 0,82. En cuanto a las clases sociales, los capitalistas tiene el mayor valor del IHBS con 1,12, luego los proletarios formales manuales con 1,02, y siguen las demás clases con valores entre 0,82 a 0,93. Al relacionar las dos variables, se tiene que los capitalistas criollos presentan el valor mayor, pues no hubo afrodescendientes

Tabla 16. Valores del índice de higiene bucal simplificado (IHBS-PLACA) según clase social y etnia.Región Central de Venezuela 2008.

Clase Social	Etnia			
	Criollos	Afrodescendientes	Indígenas	Todas las etnias
Capitalista	1,13	0,00	1,00	1,12
Ejecutivos	0,87	0,85	1,16	0,88
Trabajadores de Élite	0,81	0,99	1,16	0,82
Pequeña Burguesía	0,88	1,04	0,94	0,92
Proletario Formal No Manual	0,86	0,74	1,12	0,85
Proletario Formal Manual	1,04	0,74	1,30	1,02
Proletario Informal	0,94	0,82	1,02	0,93
Total	0,92	0,82	1,12	0,91

Fuente: Perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas. 2008.

y en los indígenas fue 0,00. En los ejecutivos el mayor valor promedio es para los indígenas con 1,16, y los afrodescendientes y criollos tuvieron 0,85 y 0,87 respectivamente. En los trabajadores élite vuelven los indígenas con el mayor IHBS 1,16 contra 0,99 de los afrodescendientes y 0,81 en los criollos. En la pequeña burguesía el índice promedio mayor es en los afrodescendientes con 1,04, siendo para los criollo de 0,88 y en los indígenas de 0,94. En las clases proletarias, predomina con mayor IHBS los indígenas con 1,12, 1,30 y 1,02 para los formales manuales, formales no manuales e informales, respectivamente. Luego los criollos con 0,86, 1,04 y 0,94 y finalizan los afrodescendientes con 0,74, 0,74 y 1,30 en el mismo orden.

Discusión

Discutir una nueva episteme de la salud, implica considerar las “Condiciones de Vida”, al componente “Calidad de Vida”, considerándolo un complemento necesario y a la vez dialéctico, tal como lo propone Samaja².

Venezuela y su Región Central al igual que las regiones de explotación petrolera, principalmente la Región Zuliana, posee

condiciones y calidad de vida, producto de una evolución constante que se genera a partir de la década de los años 60 del siglo XX, con una transición demográfica hacia el envejecimiento poblacional, con mayor proporción entre los 15-64 años de edad y una disminución entre los estratos menores de catorce años¹⁰⁻¹⁷.

A pesar del aumento de la esperanza de vida al nacer, la estructura de mortalidad se ubica alrededor de los 75 años, a diferencia del promedio presentado por los países avanzados, social y económicamente, 80 años. Las causas de muerte, consideradas como alta y moderadamente prevenibles, ocupan los primeros lugares entre los 14 a 44 años, esto hace que los años de vida potencialmente no vividos, sean altos para este grupo etario en la región, alrededor de los 25 años de vida, potencialmente perdidos como promedio para la región¹⁰⁻¹⁷.

En el grupo etario de 45 a 75 y más años, la mortalidad por enfermedades crónicas degenerativas como cáncer, enfermedades del corazón, diabetes, enfermedades

cerebro-vasculares y accidentes de todo tipo, aparecen entre las cinco primeras causas de muerte, y las mujeres, al igual que en los grupos etarios anteriores, presentan mayores tasas de mortalidad que los hombres, apareciendo, estas cinco causas desde edades tempranas¹⁰⁻¹⁷.

La situación descrita, constituye evidencia de que en nuestro país, se ha venido dejando a un lado las políticas preventivas de educación integral, saneamiento ambiental y de vigilancia epidemiológica para darle prioridad a acciones clínico-curativas, que tampoco han sido de la efectividad necesaria y que no generan un impacto significativo sobre la prevalencia alta de muertes por hechos violentos y sobre las muertes maternas y de enfermedades crónico degenerativas.

En términos generales, se observa una tendencia clara desde los años 90 del Siglo XX hasta nuestros días, de un desarrollo demográfico marcado por el envejecimiento poblacional con una disminución de la fecundidad, de la mortalidad infantil, de la tasa de natalidad y aumento de la esperanza de vida al nacer. No obstante, los decesos por causas violentas, entre los 15 y 44 años, ocupan la primera causa de muerte, lo cual incide en el deterioro de la sensación de seguridad individual y colectiva, siendo este aspecto de fundamental importancia, para clasificar la calidad y las condiciones de vida.

En la Región Central, se observa una disminución de los hogares clasificados como de pobreza extrema, sin embargo, los clasificados como pobres, ocupan alrededor del 20% de todos los hogares. Esta situación, exige impulsar una políticas estructurales, en el sentido que se aborde el problema, tanto desde el punto de vista económico, social cultural pero con políticas que permitan una conjunción de esfuerzos entre el Estado y el individuo, que supere el mesianismo de primero en favor de las iniciativas libres del segundo, para evitar aspectos graves como por ejemplo, la deserción escolar sobre todo a nivel de secundaria, la creación fuentes de trabajo en el área de la productividad

industrial y del campo, estimulada por el Estado pero que posibilite, la libre iniciativa ciudadana como unas de las maneras de disminuir el alto número de trabajadores en el sector servicio y la tasa de trabajadores informales y de obreros no especializados.

Existe en la Región Central una elevada densidad poblacional, lo que indica que todavía no se ha implementado una política que evidencie el desmontaje de las migraciones hacia la región central, estableciendo otros polos de desarrollo económico hacia el campo, (agricultura, ganadería y minería).

En la región central del país, existe entre sus habitantes, un temor creciente debido a los altos niveles de inseguridad ciudadana, marcados por robos a individuos y familias de diversos estratos sociales lo cual ha obligado a profesionales y jóvenes a emigrar fuera del país, produciéndose un desmembramiento de las familias, estando entre las principales causas, los altos niveles de inseguridad y la crisis económica, producto de la estatización de la economía, que dibuja en el panorama nacional una situación de falta de oportunidades al joven y al profesional para desarrollarse de manera independiente del estado; con un impacto negativo sobre la calidad de la educación y de la atención de la salud, además de la disminución de fuentes de trabajo bien remunerados. Aunado a esto, se cierran cada vez más, las posibilidades de desarrollar la libre iniciativa empresarial privada, lo cual frena la transición hacia el estadio de "Reproducción Societal-Tecnológica", que plantea J. Samaja⁷.

Veamos, entonces, cómo las condiciones y calidad de vida en la región central y en Venezuela, reflejan cada vez más, la crisis socio-económica por la que atraviesa, observada a través de indicadores previamente reseñados, a saber; inseguridad ciudadana, las emigraciones, la caída de la productividad industrial y el desarrollo creciente de una atmósfera de inestabilidad económica, política y social y un control cada vez mayor, por parte del Estado, de la

inmensa mayoría de las instituciones del país.

Si bien Venezuela ha venido ganando espacios en cuanto a desarrollo humano y social se refiere, también es cierto que el país, muestra debilidades y amenazas que atentan contra su bienestar, a saber: Incremento del número de muertes, por causas total o medianamente prevenibles, retroceso en los principales indicadores económicos, índice inflacionario creciente desde hace más de un lustro, niveles de inseguridad altos y disminución del poder adquisitivo de la población, condicionamientos muy difíciles de superar a las iniciativas de emprendimiento industrial y comercial provenientes de individuos y de sectores privados.

Por lo tanto, a la hora de clasificar a Venezuela en uno de los cuatro estadios o situaciones de calidad de vida definidos por Fernández Mayoraes y colaboradores¹⁸, las condiciones reseñadas lo hacen difícil y exigen ubicar al país, entre 2 ó más de estos estadios. A criterio personal, lo colocaría en condiciones y calidad de vida entre los estadios de disonancia y privación (2 y 3).

Epistemología de la Salud-Atención; Condiciones y Calidad de Vida; Reproducción social; Complejidad y subjetividad.

La salud, sus nociones nucleares o saberes, tienen que ver con una especie de unidad en lo diverso, es decir, vista en primer lugar como salud, con parámetros definidos como normales y como enfermedad, relacionada con las patologías, como curación, relacionada con la terapéutica y; con la preservación de las condiciones consideradas normales, asociada con la prevención de dichas enfermedades. Estos aspectos relacionan al concepto y a la práctica en salud con casos y procesos causales, pero también con valores, representaciones y sujetos que la producen e interpretan, constituyendo estas representaciones la realidad.

La salud tiene que ver con el cuerpo, su fisiología, sus órganos procesos causales

físico-químicos y, sus variables y constantes fisiológicas, pero también tiene que ver con evaluaciones, interpretaciones, preferencias y con el bienestar. Por eso, la salud, en un sentido amplio, pertenece al orden del “Ser”, cosas y causas pero, también pertenece al orden del “Deber Ser”, es decir, representaciones o significados.

En la salud o en las ciencias de la salud, se presentan tres variables contrapuestas que entran en juego y conforman una especie de “híbrido”, incluido en una especie de unidad de lo diverso: los objetos naturales, las situaciones y las relaciones discursivas.

Entre los objetos estarían los fenómenos naturales o reales, que en definitiva pertenecen al organismo humano, y también, a sus acoplamientos estructurales con otros organismos y sus bio- comunidades.

Con respecto a las situaciones, estarían también involucradas las situaciones de poder o las formas que pertenecen al campo de poder como la marginación, la represión, la imposición y la liberación. Las construcciones discursivas, significan construcciones mediante enunciados del mundo que solo existen en la circulación y diseminación verbal, con los cuales se construye una realidad simbólica.

La acción médica está constantemente referida a conceptos descriptivos y valorativos; a cuestiones del “ser” y del “deber ser”. Esta doble perspectiva de su objeto, constituye un desafío para el estudio de sus fundamentos epistemológicos.

En el pensamiento enmarcado dentro de la modernidad, las cosas naturales y las de la cultura, constituyen dos aspectos inconmensurables. En la post modernidad se produce una separación dicotómica entre el orden real, el cual es inabordable y el orden discursivo, único objeto accesible a la investigación o a la ciencia, devenida en gramatología o crítica discursiva, según lo plantea Juan Samaja⁷.

He aquí donde está el punto de quiebre o ruptura entre el pensamiento moderno y la episteme dentro de la post modernidad.

Otro aspecto de vital importancia para esta investigación, que busca aproximaciones explicativas, sobre el significado de salud, enfermedad, curación y preservación de la salud, lo constituye la **“Reproducción social”**, como el grado superior en una espiral ascendente, que parte de la “Salud y la Atención”, seguido luego, por las “Condiciones y Calidad de Vida”, hasta llegar a la “Reproducción Social”, dentro de una especie de jerarquía descriptiva, desde lo más concreto a los más compuesto, de desarrollo analógico de cada uno de estos campos; donde también se cumplen los principios de la complejidad y, que además, no deben ser vistas como entidades reales, que se pueden relacionar de diversas maneras, dependiendo, de ciertas decisiones semánticas y de los criterios de operacionalización adoptados⁷.

El análisis, incluye la información referida a las categorías consideradas en el estudio, para el momento de la toma de los datos epidemiológicos, es decir, alrededor del año 2008, pudiendo abarcar aspectos de la salud general y otros que hablan de las condiciones de vida de la población, en años subsiguientes como 2009, 2010, 2011, 2012.

Se parte, en primer lugar, de la interpretación compleja del fenómeno salud-enfermedad, de la atención y de las condiciones de vida, en los tres (3) momentos en que se deben analizar las actuaciones, llamadas concretas, en la etapa del desarrollo epigenético humano.

Estos tres momentos, forman parte del repertorio de lo “qué es”, del “cómo es posible” que se sucedan los fenómenos y su relación con el “ser”. Estos momentos son, según Samaja⁵, en primer lugar, los “entes naturales”, conformados por elementos biológicos, químico-físicos, anatómicos, fisiológicos, fisiopatológicos, clínicos y preventivos.

En segundo lugar, la “socialización” o “relaciones sociales y de poder” que se dan en la sociedad, entre sus instancias y grupos

e individuos, que en el caso que nos ocupa, la salud buco- dental, debemos analizarla como la posición de la profesión en el devenir histórico de la sociedad venezolana y su desarrollo dentro de las profesiones de la salud.

Finalmente, la “deconstrucción” o “elaboración de la realidad simbólica”, mediante relatos y puntos de vista subjetivos, que configuran aspectos de los dos momentos anteriores y que ayudan a conformar una síntesis de la unidad dinámica e histórica dentro de la variabilidad de aspectos que conforman una realidad.

Según F. Febres Cordero¹⁹, la década de 1934-1944, constituye “la más importante y trascendental de la Odontología Venezolana”, sin embargo, ya un siglo antes (1835), comienza un lento progreso de la Odontología en el ámbito académico, cuando se incorporan los conocimientos médicos y terapéuticos habidos con el desarrollo y aplicación de los avances de las ciencias positivas a la práctica de la odontología.

Evidencia de este proceso, lo constituye el otorgamiento por la Facultad Médica de Caracas, del título de Cirujano Dentista a Don Vicente Toledo, y la difusión en Valencia, a finales del siglo XIX (1895), de la “Unión Dental”, publicación referida al gremio de los dentistas, auspiciada y dirigida por Luis María Cotton ¹⁹.

En ésta década, 1934-1944, la profesión comienza una importante etapa de desarrollo científico y académico, cuyo impacto social se mide por el empoderamiento que tiene dentro de las ciencias de la salud y de la sociedad venezolana, donde se le reconoce como una agrupación profesionalizada, con una formación fundamentada científicamente, dejando atrás las prácticas no académicas que imperaron en nuestro territorio desde la época precolombina. Su extinción culminó en los años 70 del siglo XX, cuando los profesionales egresados de las Facultades del país, ocuparon en todo el territorio nacional, los espacios de la atención, pública y privada.

Para lograr este reconocimiento la profesión se vio obligada desarrollar luchas que fueron más allá del campo del desarrollo académico, para superar estructuras de poder de otras ramas de la salud, especialmente la médica.

En el año 1944, se instala en el país, el Colegio de Odontólogos de Venezuela (COV), que según F. Febres Cordero⁹, estaba destinado a “procurar el adelanto de la ciencia odontológica, a velar por el decoro y la dignificación del gremio, a fomentar lazos de solidaridad y mutua ayuda a los profesiones que la integran, a elevar el nivel cultural del odontólogo”, contribuir al cuidado de la salud pública, que es el objetivo primordial de la acción del odontólogo como profesional y como ciudadano.

En el año 1922, el Dr. Augusto Nouel, preside, según lo plantea Febres Cordero¹⁹, la instalación y funcionamiento de la Escuela de Dentistería de la Universidad Central de Venezuela, la cual se constituye en el núcleo formador de la Facultad de Odontología de la U.C.V, institución creada, por el Congreso Nacional el 24 de Julio de 1940 en el marco de la nueva Ley de Educación, “gracias a la cual, nuestra profesión adquirió jerarquía y dignidad que durante tantos años le fue negada en razón de su escasa preparación científica”.

A partir de la segunda mitad de la década de los 60 y en las décadas subsiguientes, incluso hasta nuestros días, en las Facultades de Odontología del país, se han desarrollado propuestas curriculares y acciones para darle a los estudiantes, herramientas científico-técnicas, que les permitan como profesionales, abordar la situación de salud-enfermedad, en su componente bucal, utilizando elementos de la salud pública que abarcan actividades educativas, preventivas y curativas, bajo diferentes marcos organizativos de la atención integral.

Esto sin duda, ha influido, en conjunción con la práctica liberal y los programas públicos institucionales, al

progreso en el mejoramiento de la situación de la salud bucal del venezolano, de acuerdo a parámetros de medición internacionalmente aprobados; lo cual ha posibilitado entonces, que, como país, hayamos logrado las Metas de la Organización Mundial de la Salud, de 1981, en lo referido a la salud buco – dental, en las edades de: 12, 18, y 24 años⁶.

Existe un patrón general de desarrollo en relación de las condiciones de vida de la población venezolana desde los años 80, que muestran un mejoramiento de los indicadores socio-demográficos, de salud pública y por ende de la salud bucal, lo que parece indicar que se ha dado una confluencia de políticas definidas por gobiernos de diversas posturas ideológicas, y de diferentes organismos regionales y municipales, a nivel público, así como a nivel privado, los cuales han tenido como fin, la producción de servicios públicos y privados, con énfasis en actividades clínico-curativas y de prevención, en sus redes tradicionales de atención a la población venezolana, desde donde se observa un déficit bastante importante, de políticas preventivas en salud pública y donde ha sido el mejoramiento paulatino de las condiciones de vida lo que de cierta forma, puede haber influido en el nivel de salud y el estado de salud de la población.

Esta premisa pudiese evidenciarse si se estudia la composición del estado de salud-enfermedad, en aquellos estratos sociales que están asociados formalmente a los medios de producción en un trabajo especializado. A pesar de las críticas y el uso no tan efectivo, en muchos casos, de los recursos petroleros, el Estado Venezolano, ha contado en las últimas cinco décadas, con recursos para financiar un nivel de desarrollo social de cierta magnitud en todos los grupos sociales, principalmente los mencionados anteriormente (capitalistas, ejecutivos, trabajadores de elite, pequeñas burguesía proletario formal no manual) quedándose más rezagados los proletarios formales no manuales y los proletarios informales, aún en nuestros días.

No se distinguen diferencias importantes entre capitalistas, ejecutivos,

trabajadores de elites y proletario formal no manual en relación a cada componente del CPO; sin embargo, excepto en los dos primeros grupos etarios, los cuales presentan niveles de CPOD entre bajos y moderados, se presentan niveles de CPO, entre altos y muy altos.

Los valores más altos en términos generales en relación a los componentes CPO se observan en el proletario formal no manual y el proletario informal.

Según las etnias no se observan grandes variaciones entre ellas, quizás menos favorecidas las etnias indígenas, no queriendo decir con esto, que lo que existe es lo óptimo deseado, no obstante, el país, se ha desarrollado de manera continua desde finales del siglo pasado en distintas etapas históricas bien diferenciadas, en los últimos 57 años, cada una de estas, mostrando logros y desaciertos.

Los valores generales de CPOD van de moderados entre los 15-24 años, altos en el grupo 25-34 años y muy alto para los demás grupos etarios y etnias.

Entre los 15-18 años los indígenas presentan el menor promedio de caries, 2,73 seguidos por los criollos, 2,76 y los afro-descendientes, 3,37. Igual comportamiento en las tres etnias para el grupo etario entre 19-24 años, aunque presentan valores mayores que el grupo etario anterior: 3,96 la etnia criolla; 4,93 la etnia afro-descendiente y 3,29%, la etnia indígena.

A partir del grupo etario entre 25-34 años, las tres etnias presentan altos niveles de caries, sin embargo se puede decir que las generaciones más jóvenes poseen un moderado nivel de prevalencia de caries.

Estos valores se muestran análogos con el desarrollo de políticas de atención en salud a partir de los años 60 del siglo XX, desarrolladas por el Estado Venezolano y también muestran cierta analogía, con el desarrollo de programas odontológicos, por parte de las Facultades de Odontología, históricas y de reciente creación, en la década de los años 70 y 80's del siglo anterior, en

donde se dio una dura lucha por desarrollar un proceso de formación del odontólogo que incluyera aspectos preventivos y de salud pública, además de la enseñanza de la atención al niño y al adolescente desde el pre grado, y en donde se introdujeron novedosos conceptos, para el momento, en relación a la influencia de los aspectos socio-históricos, como preponderantes en la multicausalidad del fenómeno salud-enfermedad, esto en conjunción con los aspectos clínicos restauradores de la enseñanza odontológica tradicional y el desarrollo paulatino de prácticas preventivo-curativas institucionales innovadoras y a nivel de la práctica del ejercicio liberal de la profesión.

Sintetizando, la "deconstrucción" o "elaboración de la realidad simbólica" de las categorías "Reproducción Social", "Condiciones y Calidad de Vida" y "Situación de Salud Buco Dental", sugeridas para conformar o desarrollar esta nueva epistemología de la salud, permite observar cierta analogía en su desarrollo a pesar de que las políticas del Estado se han mantenido, hacia una atención de toda la población con programas tanto públicos como privados.

Hoy día, estamos asistiendo a un proceso que apunta nuevamente a la centralización de las políticas públicas, lo cual, modifica sustancialmente la dinámica que se había instaurado en la década de los años 90's del siglo pasado, a nivel regional. En esta visión centralizadora, las políticas privadas se han mantenido, aunque cada vez con mayores restricciones, que pudiesen estar incidiendo en ese deterioro de las Condiciones y la Calidad de Vida de la población en la región central del país.

No obstante, estar al frente del país, un gobierno que se declara de izquierda, popular, nacionalista y socialista, no se ha logrado superar el nivel y la dinámica de desarrollo que venía observándose a partir de los años 60's del siglo XX, aun cuando ha contado con una renta petrolera, sin precedentes en la historia patria. Hoy se observan índices de

endeudamientos nunca vistos en Venezuela. Así mismo, se observan importantes niveles de ineficiencia en la ejecución de políticas públicas, evidenciándose, con mayor fuerza estos aspectos, en las empresas y áreas agrícolas expropiadas o adquiridas por parte del gobierno, en donde se desarrollan modos de producción llamados socialistas.

Todo lo anterior, marcha en conjunto, a nivel general, con marcados niveles de corrupción administrativa, superior a los criticados por el actual gobierno, en relación a los que se presentaban en la llamada "Cuarta República"; tal como se evidencia en las constantes denuncias difundidas en los diferentes medios de comunicación de masas.

En Venezuela y en el caso particular de la región central del país, se ha notado que las conjunción de políticas públicas, con sus diferentes matices de acuerdo a los gobiernos de turnos, y de las practicas económicas privadas vigiladas por el Estado, han permitido lograr un nivel de desarrollo social de características, en términos generales, de equidad entre las diferentes clases sociales. Sin embargo, en las clases más bajas, representadas por los "Proletarios Formales Manuales" y "Proletarios Informales", se notan la permanencia de niveles de deterioro en lo referido a sus niveles de Salud- enfermedad buco-dental y en sus Condiciones y Calidad de Vida, análogas a las características de lo que ha sido el desarrollo Epigenético de la Sociedad Venezolana.

Como conclusión final se destaca el aporte de esta investigación, al modelo epistémico de Samaja. Éste, propone con respecto a "Condición de Vida", una asociación analógica entre un nivel general e histórico y un nivel o estrato concreto y localizado, lo que equivale decir que, constituye el puente entre la "Reproducción Social de la Población" y la "Situación de Salud y Atención".

El autor referido, al plantear solamente "Condiciones de Vida", como uno de los tres elementos constitutivos de su planteamiento

sobre una nueva epistemología de la salud, nos remite únicamente a la constatación de aspectos objetivos, mensurables, de este importante aspecto de la propuesta, lo que contradictoriamente, nos remite a una caracterización positivista de cómo viven seres humanos en comunidades, pueblos y países; dejando de lado los aspectos subjetivos que revisten una importancia capital a la hora de buscar enfoques explicativos que vayan más allá del mero hecho observable y objetivo.

Este planteamiento excluye aspectos del sentir del ser humano, y de la interpretación subjetiva, de cómo la persona, juzga su situación de vida y de las personas que lo rodean, en la proximidad de su familia, en su comunidad, pueblo, ciudad o país, convirtiéndose entonces estos aspectos intrínsecos, en elementos de importancia para poder captar lo más integralmente posible, y de acuerdo con el basamento teórico general, de la propuesta presentada por el mencionado autor, la manera y las características recónditas, del desarrollo de la vida de las personas.

Según nos plantea: Alberto José Hurtado B. Calidad de vida en Venezuela, EL Universal, 16 de diciembre de 2012²⁰

"El logro de la mejora en la calidad de vida de los habitantes de este país pasa por integrar el rol relevante del Gobierno en la elaboración y aplicación de políticas públicas, ..., con la capacidad de las personas para cubrir expectativas, aspiraciones y necesidades interactuando y conviviendo en sociedad, logrando confort, satisfacción individual con su vida y equilibrio entre el trabajo y la vida privada".

En nuestro país, históricamente y en especial durante el periodo de lo que se ha llamado la "Quinta República", la población se ha creído, que la ayuda social de los gobiernos, son para alcanzar metas en relación a la estabilización de su condición y calidad de vida y no, como una base para edificar, mediante el esfuerzo productivo propio, dicha estabilización; siendo lo peor, que históricamente, los distintos gobiernos

de diferente índole ideológico- político, que hemos tenido desde 1830, han fomentado en la población, en menor o mayor grado, dicha idea paternalista.

No siendo estas políticas, un medio para superar la condición de pobreza, basado en el esfuerzo y la productividad de las personas, si no que ha sido utilizado, por dichos gobiernos, como medio para fomentar y mantener un capital político- poblacional.

Uno de los aspectos más significativos, cuando se aborda el tema de, buenas o malas condiciones y calidad de vida, lo constituye la seguridad personal, en lo jurídico en el sistema de vigilancia en relación al resguardo de la integridad física y en una vida donde los temores a ser agredidos física y mentalmente estén disminuidos a su mínima expresión.

Cuando las personas pierden la confianza, en la capacidad del gobierno en brindar seguridad ciudadana a la población,

cuando son altas las tasas de mortalidad por crímenes y secuestros, cuando son altas las tasas de hurto y robo, cuando hay desconfianza en la independencia del poder judicial, las condiciones y la calidad de vida de los individuos se ve afectada.

Así mismo, cuando existen altos niveles de corrupción y los gobernantes cada vez más, toman una posición en donde el autoritarismo y no el consenso ni el respeto a las ideas y posiciones de terceros no son tomadas en cuenta.

Desafortunadamente estas situaciones en el país a partir, sobre todo de la década de los años 80's del siglo anterior se han venido incrementando y actualmente, lejos de haber desaparecido, tal y como lo ofreció el gobierno revolucionario, se han incrementado a niveles altos, con lo cual nuestra Condición y Calidad de vida se ha visto seriamente afectada.

Referencias

1. Morín Edgar. "Introducción al pensamiento complejo", Editorial Gedisa, Julio 1997, Barcelona. España.
2. Samaja Juan. "Epistemología de la Salud, Reproducción Social, Subjetividad y Transdisciplina". 1° Edición, primera reimpresión, Buenos Aires, Editorial Lugar. 2007.
3. Breilh Jaime. Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e intercultural. Editorial Lugar. Buenos Aires. Argentina. 2003.
4. Breilh J. Componente de metodología: la construcción del pensamiento en medicina social. Debates en Medicina Social. Quito. Organización Panamericana de la Salud. 1991
5. Castellanos Pedro Luis. Modelos explicativos del proceso salud enfermedad: Los determinantes sociales.
6. Morón, Alexis y colaboradores. Perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas. Primer reporte nacional. Revista Ciencia Odontológica. Volumen 5. Suplemento. 2008
7. Organización Mundial de la Salud. Manual "Encuestas de Salud Bucodental. "Métodos Básicos", cuarta edición, 1997
8. Ministerio del Poder popular para la Ciencia y la Tecnología. Códigos de bioética y bioseguridad. Disponible en miproyecto.gov.ve/anexos/bioetica.pdf
9. World Medical Association. Declaration of Helsinki. Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects, WMA General Assembly, Tokyo, October 2004
10. Ministerio del Poder Popular para la Salud. Anuario estadístico y epidemiológico. 2008.
11. Ministerio del Poder Popular para la Salud. Anuario de mortalidad 2009. Caracas, Venezuela.

12. Ministerio del Poder Popular para la Salud. Anuario estadístico y epidemiológico. 2009.
13. Instituto Nacional de Estadística. (INE), Gerencia Estatal de Estadísticas Aragua 2010.
14. Instituto Nacional de Estadística (INE), Coordinación de Estadísticas Laborales. 2010.
15. Instituto Nacional de Estadística. (I.N.E). XIV Censo Nacional de Población. Síntesis Estadística Estatal 2011.. Censo Nacional de Población, Encuesta por Muestreo, 2011.
16. Ministerio del Poder Popular para la Salud. Anuario estadístico y epidemiológico. 2011
17. Instituto Nacional de Estadística. (INE), Gerencia de Estadísticas Miranda 2008
18. Fernández, Mayoraes y Rojo, “Calidad de Vida y Salud: Planteamientos Conceptuales y Métodos de Investigación, 2009. Territoris, Universitat de la Illes Balears. Pág 117-135
19. Febres Cordero. Discurso pronunciado por el Dr. Foción Febres Cordero con motivo del XXV Aniversario del C.O.V., 1969. <http://www.elcov.org/nosotros.asp#> Información del Colegio de Odontólogos de Venezuela Historia del COV.
20. Alberto José Hurtado B. Calidad de vida en Venezuela, EL Universal, 16 de diciembre de 2012



UNIVERSIDAD
DEL ZULIA

Ciencia Odontológica

Revista arbitrada de la Facultad de Odontología



Vol. 13 N° 1, January - June 2016

*Esta revista fue editada en formato digital y publicada
en junio de 2016, por el Fondo Editorial Serbiluz,
Universidad del Zulia. Maracaibo-Venezuela*

www.luz.edu.ve
www.serbi.luz.edu.ve
produccioncientifica.luz.edu.ve