

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO BUCAL
DE LAS ETNIAS VENEZOLANAS.
PRIMER REPORTE NACIONAL**

EQUIPO DE INVESTIGADORES

Investigador Responsable	Alexis Morón Borjas.
Co-investigador Principal	Marlene Yadira Córdova.
Co-Investigadores	Yrma Santana, Luis Quintero, Mayde Pirona, Rita Navas, Mary Carmen Rincón, Rafael López Sanz, Carlos Valbuena, Mauro Carrero, Ulises Rojas, Rosalba Barrios, Oscar Ayala, Nelson Hernández, Janet Simancas, Beatriz Bourdeux, Evelia Cáceres, Mariela Fox, Eloisse Musset, Olga Zambrano.
Auxiliares de Investigación	José Joaquín Portillo, Mauren Reyes, Ángela Suarez, José David García, Betsy González, Magaly Quiñones, Ana Rivero, Carlos Finol, Jesús Luengo, Marjorie Tremont, María Estefanía García, Grecia Jiménez, María Alejandra López, Janet Casanova, Mileida Ramirez, Raúl Ríos, Gaudys Navas, Isabel Jiménez, Gardenia Navas, Elizabeth Cubillán, Iris Valbuena. Arelis Villalobos, Luis Acosta, Dariela Urdaneta.

INSTITUCIONES PARTICIPANTES

Instituciones Participantes	Ministerio del Poder Popular para Ciencia y Tecnología. Asociación Venezolana de Facultades y Escuela de Odontología (AVEFO) Fundación para el Desarrollo de la Ciencia y la Tecnología de la Región Zuliana (FUNDACITE ZULIA) Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) Dirección de Salud Indígena Colegio de Odontólogos de Venezuela (COV) Sociedad Afroamérica Organización de Pueblos Indígenas del Zulia (ORPIS)
------------------------------------	--



Perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas. Primer reporte nacional

Resumen

Objetivo: Determinar el estado del arte del perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas. **Metodología:** Estudio transversal, aleatorio y estratificado. La muestra estuvo conformada por 17.611 núcleos de clase y 54.712 personas examinadas. Se consideraron categorías e indicadores bajo los enfoques de clase social, género y etnia. Los instrumentos de recolección de información fueron estructurados en función de los indicadores sociales y de salud-enfermedad, en su componente bucal. Para este último, se utilizaron los criterios clínicos de la OPS/OMS 1997. Para determinar la estructura de clase social, se utilizó la clasificación de Portes y Hoffman. Se aplicó el método etnográfico para evaluar el sistema de relaciones sociales y políticas que tipifica a cada comunidad. **Resultados:** 89.95% de la muestra se auto-reconoce criollo, 3.84% afro descendiente y 6.21% indígena. En relación al autoreconocimiento de clase social, el 61.7% de los núcleos de clase se auto-reconocen como clase media, el 29% como clase baja y el 0,6% como clase alta. El resto (8.7%) se identifica con niveles intermedios entre estas categorías. La estructura de clase social determinada fue la siguiente: clase capitalista 0,21%; ejecutiva 3.43%; trabajadores de elite 5.50%; pequeña burguesía 6.30%; proletariado formal no manual 22.64%; proletariado formal manual 11.15% y proletariado informal, 49.53%; 1.24 trabajadores indígenas. El 73.1% de las mujeres y el 85.8% de los hombres, se encontraban laborando en el mercado ocupacional del país. El 65.4% reconoce el trabajo colectivo como la forma de mejorar su condición de clase. 11.77% de los núcleos de clase posee educación universitaria. En relación a los servicios de salud utilizados por la población, los resultados muestran que el 85,8% refirió utilizar la red asistencial de los servicios de salud dependientes del Estado Venezolano en sus diversas dependencias. Los indígenas constituyen la etnia que presenta el menor promedio de dientes afectados por la caries (CPO: 5.41). El CPO general en la muestra es de 6,89. Para el índice ceo, se reporta un promedio nacional estimado en 1.28 para la población entre 5-12 años. El 75.64% y el 75.58% no presentaron signos de disfunción temporomandibular en el lado derecho e izquierdo, respectivamente. El 66.53 evidenció condición periodontal sana. 68.49 % de las etnias presentó oclusión normal, siendo los trabajadores indígenas los que presentaron el porcentaje más elevado con esta condición (91.67%). El 83.90% de la muestra estudiada se encontraban libres de fluorosis. Las representaciones y las prácticas relativas a "salud-enfermedad bucal" mostraron la relación genealogía / parentesco y clase/color con los logros personales y grupales.

Palabras clave: Epidemiología bucal, interculturalidad, etnia.

Abstract

Objective: To determine the oral epidemiological profile of the Venezuelan ethnic groups. **Methodology:** A transversal, random and stratified study was made. 54.712 individuals and 17.611 cores of class were chosen to constitute the sample. Categories and indicators were considered under the approaches of social class, gender and ethnic group. Instruments of information harvesting were structured based on the indicators that represent the social and health - illness variables, in their oral component, utilizing the 1997 PAHO/WHO clinical criteria for this one. The social structure was determined according to the Portes and Hoffman classification. The ethnographic method was applied to evaluate the social and political relationship system that typifies each community. **Results:** 89,95% of the sample recognizes themselves as creoles, 3,84% as afro-descendants and 6,21% as natives. 61.7% of the population ascribe themselves as media class. The social class structure determined is the following: 0,21% Capitalist class, 3,43% Executive class, 5,50% Elite Workers, 6,30% Petty Bourgeoisie, 22,64% Unskilled Manual Formal Proletariat, 11,15% Skilled Manual Formal Proletariat, 49,53% Informal Proletariat, and 1,24% indigenous workers. 73,1% of women and 85,8% of men are currently working in the country occupational market. 65.4% recognizes the collective work as the way to improve their social class condition. 11,77% of the cores of class reach the university education. The natives are the ethnic group with the lowest average of affected teeth by caries (DMFT: 5,41). The DMFT index from the sample as a whole reached an average of 6.89. The ceo index was estimates in 1.28 for the population witch ages between 65-12. The natives were the ethnic group with the highest number of temporary teeth affected by dental caries (dmft: 1,68). 75,64% of the sample presented no sign of right temporomandibular dysfunction and 75,58% of left temporomandibular dysfunction. 66,53% presented a healthy periodontal condition. 68,49% of the ethnic groups between 12 and 18 years old had a normal occlusion, being the indigenous workers the ones that present the highest percentage in this condition (91,67%). 83,90% of the sample studied were fluorosis free. The practices and representations related to "oral health-illness" reflected the relationship between kinship/genealogy and class/color with the personal and group achievements.

Key words: Dental epidemiology, ethnic group.

Introducción

América Latina, transita por un proceso de reorientación político-ideológica, a través del cual, se intenta construir una nueva estructura social donde se supere la crisis histórica que le ha caracterizado, cuya expresión concreta se ha manifestado entre otros, en el deterioro progresivo de la calidad de vida de la población, en los cambios regresivos en los patrones de consumo y en episodios de violencia, marginalidad y hambre.

Este panorama posibilita visualizar en el campo de la salud pública, un repensar obligado de la teoría y práctica que le sustentan, especialmente en aquellos aspectos referidos a la sistematización de abordajes epidemiológicos basados en modelos epistémicos que expliquen las interrelaciones y determinaciones del proceso salud-enfermedad como fenómeno socialmente determinado, lo cual implica el uso de categorías que permitan su abordaje en diferentes niveles de determinación.

En América Latina, a partir de la década de los 80, el análisis de la práctica en salud y los supuestos teóricos sobre las cuales ella descansaba, genera una corriente de pensamiento crítico; la corriente de la causalidad social, que referida inicialmente a la práctica médica, produjo el cuestionamiento de la forma de concebir la enfermedad y sus causas.

Señala esta corriente que el paradigma biológico individual de la enfermedad, constituye expresión de la influencia del positivismo y del funcionalismo, escondiendo una parte importante de la naturaleza del proceso salud-enfermedad, tal como se da en los grupos humanos y plantea que las causas del mismo, deben buscarse en los procesos sociales, en la producción y reproducción social¹.

De esta forma, la corriente de la causalidad social, nutre y se constituye en fundamento de la epidemiología crítica, la cual, en su concepción epistémica, trasciende la materialidad biológica del proceso salud-enfermedad y plantea para su análisis, la existencia de diferentes niveles de organización de la realidad, que si bien están estrechamente relacionados, cada uno de ellos tiene su propia complejidad y por lo tanto su específica interpretación teórica y metodológica.

El logro más significativo de este esfuerzo, tal como lo refiere Morón et al², "ha sido la reformulación de los marcos conceptuales y metodológicos que habían orientado el trabajo en el campo de la salud, tanto en lo que se refiere a la indagación de las causas de las enfermedades como en relación al comportamiento histórico de la administración sanitaria, el saber en salud y las formas de prácticas institucionalizadas".

"Esta concepción al analizar el proceso salud-enfermedad, va más allá de la mera descripción fenomenológica, descubre los nexos internos, relaciones y determinaciones de las leyes más generales hasta las particulares y

singulares de los procesos naturales y sociales".

"Así, el proceso salud-enfermedad se interpreta como íntimamente ligado y aún más determinado, por las formas como se producen los bienes materiales y las relaciones de producción con sus consecuentes formas políticas e ideológicas; de este modo el objeto de estudio tiene que ser analizado a la luz del desarrollo de las fuerzas productivas en un momento histórico determinado".

"De acuerdo a como se presenta la estructura económica van a existir diferentes grupos sociales que llevan inscrita una calidad de vida propia, producto de su forma de producir y consumir y por lo tanto de consumirse y reproducirse, lo que dará como resultado, diferentes patrones de salud o enfermedad para cada grupo social. El individuo por estar inserto en uno de estos grupos va a estar expuesto a ciertos riesgos o procesos beneficiosos para tener una forma típica de enfermar o poseer salud" ³.

Sintetizando, la epidemiología crítica plantea el estudio del proceso salud-enfermedad en su relación con los cambios que se generan en un contexto social históricamente determinado y destaca que el perfil epidemiológico de un colectivo, requiere del análisis de múltiples niveles para comprender por qué y cómo las condiciones sociales, tales como la reproducción social, la producción económica, la cultura, la marginalización y la participación política, se organizan históricamente en distintos modos de vida, característicos de los grupos situados en diferentes posiciones dentro de la estructura de poder y determinan el acceso diferencial a condiciones favorables o protectoras, o a condiciones desfavorables o destructivas, estableciendo la dinámica del proceso salud-enfermedad ^{4,5}.

Ahora bien, ¿cómo se manifiesta esta diversidad de enfoques epistémicos en los estu-

dios transversales en Odontología, realizados en Venezuela?

Una breve mirada sobre la información disponible, posibilita reseñar analíticamente, algunas características de los estudios realizados en Venezuela para determinar el perfil epidemiológico bucal del venezolano, en los últimos 40 años.

El Estudio para la Planificación Integral de la Odontología en Venezuela⁶, EPIO, de corte nacional, cuyos resultados fueron publicados en 1972, constituyó un proyecto auspiciado por el Ministerio de Salud y Asistencia Social (M.S.A.S) y asesorado por la Oficina Panamericana de la Salud (OPS/OMS) con la participación de las cuatro facultades de odontología del país, el cual proporcionó información relevante sobre los principales problemas de salud bucal de la población venezolana y retroalimentó con información estadística confiable, las propuestas curriculares de las instituciones formadoras de talento humano y el modelo de atención del M.S.A.S.

El EPIO constituyó un ejemplo de la influencia hegemónica de la corriente positivista en el campo de la Epidemiología, representada básicamente en la teoría de la multicausalidad.

El Proyecto Venezuela sobre crecimiento y desarrollo humano⁷ publicado por FUNDA-CREDESA en 1985, constituye otro ejemplo de la influencia positivista-funcionalista, observándose como en la presentación de la data, establece estadísticas directas e indirectas entre las variables de naturaleza socio-económica y la enfermedad, abordaje que limita analizar la naturaleza y comportamiento del proceso estudiado, tanto en su distribución como en su determinación.

Con el surgimiento de la corriente de la causalidad, algunos países del continente latinoamericano, incluyendo Venezuela, realizaron estudios parciales inscritos en esta perspectiva teórica, generándose información liga-

da al comportamiento diferenciado del proceso salud-enfermedad en los grupos sociales estudiados, dependiendo entre otros, de elementos inherentes a su calidad de vida y obviamente donde las determinaciones biológicas (genotípicas y fenotípicas) tienen su peso particular⁸.

Es importante señalar, que el desarrollo de investigaciones epidemiológicas con categorías de análisis, centradas en la estructura de clases, trajo confrontaciones y en muchos casos vetos importantes, porque de ser una herramienta estrictamente técnica y científica, la epidemiología pasó a convertirse en instrumento de denuncia sobre la inequidad e injusticia social que priva en las sociedades latinoamericanas, una de cuyas expresiones se materializa en la calidad de vida de la población.

Tomando como base este referencial teórico-metodológico, en la actualidad, la epidemiología crítica plantea la inclusión del abordaje intercultural como aporte que enriquece su enfoque epistémico. En este sentido, plantea para el análisis, el uso de categorías tales como: reproducción social, clase social, producción económica, cultura, etnia y género, entre otras⁹.

Hoy día, en una Venezuela asumida en su multiculturalidad y pluridiversidad étnica, la epidemiología tiene un reto, el estudio de la salud-enfermedad, en su componente bucal, de las etnias venezolanas que tienen su asiento en el territorio nacional. El reto es aún mayor en el caso de los grupos indígenas y afro descendientes, debido a la exclusión social que durante mucho tiempo se observó en los diferentes estudios disciplinares realizados en el país, debido a que se les consideraba "minorías étnicas".

Así, el propósito de este trabajo fue determinar el estado del arte del perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas: criollos, indígenas y afro descendientes.

Se pretende con esta experiencia, contribuir a la construcción de proyectos similares que puedan desarrollarse en América Latina con miras a conformar el mapa epidemiológico bucal de la región bajo un enfoque que posibilite develar la diversidad social étnica y cultural de los pueblos del continente.

Igualmente, a partir de los resultados obtenidos, se proyecta conformar un sistema de información en epidemiológica bucal, que posibilite construir de manera permanente y dinámica, indicadores confiables de seguimiento y monitoreo estratégico.

Finalmente, es importante acotar que el estudio consideró igualmente una postura epistemológica basada en el paradigma de la investigación acción, es decir, intentó trascender el hecho indagatorio en sí mismo, para ir en busca de la realidad, con fines de intervenirla.

Esta injerencia o mediación, aplicó especialmente en aquellas zonas del país donde existen dificultades por parte de la población, de acceder a los servicios de salud odontológica. La acción social fue vista por los investigadores como una forma de cooperación y comunicación con el otro y como un proceso de aprendizaje en el cual se dio un diálogo de saberes en búsqueda de la transdisciplinariedad o nuevos saberes.

Materiales y Métodos

El estudio realizado para determinar el perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas, fue de tipo correlacional transversal, con un diseño no experimental, sobre una muestra aleatoria estratificada, proporcional al número de individuos de cada uno de los estados, municipios y parroquias seleccionadas a nivel nacional, lo cual permitió identificar y jerarquizar la problemática actual, haciendo visible su complejidad, causas y determinantes.

Matriz para el análisis

En este estudio, la salud-enfermedad se especifica como un proceso particular que encuentra su explicación en la totalidad social, por lo que no debe ser aislado en su análisis, del desarrollo histórico y cultural de la sociedad en que se manifiesta. A tal efecto se establecen tres niveles que permiten identificar sus determinantes:

Nivel General: Demuestra teóricamente que el proceso salud/enfermedad bucal, esta determinado en última instancia por el desarrollo de las fuerzas productivas y las relaciones de producción de la formación económico/social venezolana.

Nivel Particular: Explica el perfil epidemiológico bucal de los diferentes grupos sociales y étnicos presentes en Venezuela, en relación con su patrón de producción y reproducción social.

Nivel Individual: Explica por ciclos de vida²⁰ y edad, los fenómenos biológicos que conforman los patrones típicos de salud enfermedad de esos grupos y sus individuos.

Dominios especiales de estudio

Los dominios especiales de estudio fueron los siguientes:

- Las etnias de la República Bolivariana de Venezuela: indígenas y afrodescendientes.

Las comunidades indígenas abordadas se explicitan en la tabla 1

Las comunidades afrodescendientes consideradas por estado y localidades aparecen en la tabla 2.

El procesamiento de la información se realizó utilizando las herramientas computarizadas de "SYBASE Y MICROSOFT". Así mismo se utilizaron los sistemas computarizados de análisis estadísticos tales como el SAS y el SPSS.

Para el registro y procesamiento de la información se desarrolló una aplicación (Data Entry) bajo un ambiente multiusuario (cliente servidor), que permitió ingresar y realizar los controles de calidad automatizados de la información.

Diseño Muestral

Tal como se ha señalado, se realizó una investigación no experimental sobre un universo estimado de 6.216.142 hogares venezolanos pertenecientes a las regiones administrativas de la república Bolivariana de Venezuela.

Etapas

- Definición de las unidades estadísticas
- Cobertura.
- Métodos de recolección.
- Diseño del marco muestral.
- Selección del tipo y clase de muestreo.
- Diseño de la muestra: Análisis de variables, recopilación de información, consideraciones de errores de confiabilidad, errores de muestreo, tamaño de la muestra.
- Procedimiento de selección.
- Organización y planificación de las operaciones de campo.
- - Diseño de controles de operación.

Supuestos de Trabajo

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, 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 en el caso de la encuesta social.

En el caso del examen clínico se consideró como tal a cada uno de los miembros del hogar en edades de 5 años y más, estratificación de la población objeto de estudio, tomando en consideración las variables socio-demográficas utilizadas por el INE²⁶ en el sistema nacional de encuestas de hogares y la segmentación y/o sectorización de las localidades de las regiones administrativas del país establecida en el censo de población y vivienda 2001, caracterización de los segmentos y sectores fundamentado en las variables socio-demográficas de los habitantes de dichas áreas, condiciones de las viviendas, características de los servicios básicos de las viviendas y de los sectores.

Cobertura Horizontal: Se consideraron los lotes o áreas geográficas de aproximadamente 15 viviendas en las cuales se dividieron los segmentos/sectores de las regiones administrativas.

Cobertura Vertical: Corresponde al nivel de desagregación de la información, esto es, las variables objeto de estudio.

Clase de muestra: Estratificada bietápica.

Confiabilidad de los resultados: Se trabajó con un coeficiente de confianza del 95%.

Error máximo admisible: El error máximo admisible relativo se fijó a priori en un nivel del 5%.

Tamaño muestral: La muestra definitiva estuvo conformada por 17.611 núcleos de clase para la encuesta social y 54.712 individuos para el examen clínico.

Unidad de investigación: El hogar del núcleo de clase.

Unidad de análisis: Constituida por las personas, los hogares y las viviendas de las cuales se buscó la información que se requería en el estudio.

Unidades de información: Para la encuesta social, la unidad de información corres-

pondió al núcleo de clase o sostén principal del hogar. Para el examen clínico lo constituyeron todos los individuos que habitaban en los hogares, de 5 años y más.

Para el componente social, la muestra definitiva estuvo conformada por los núcleos clase o sostén principal del hogar, definiéndose este, como aquel miembro de la familia a quienes sus integrantes reconocen como la persona de quien depende económicamente el hogar, sea este hombre o mujer, ello en función de considerar el enfoque proveniente de la teoría de género que da cuenta de la dinámica que ocurre en los hogares venezolanos en materia de producción y reproducción social.

Para tal fin, se diseñó un instrumento, aplicado mediante la técnica de encuesta, el cual abarcó 14 secciones: ubicación geográfica, identificación del núcleo de clase, pueblos indígenas, clase social, seguridad laboral, ingresos, vivienda, organización familiar, educación, servicios de salud, abastecimiento alimentario, recreación, servicios comunales y participación comunitaria.

La clase social se indagó mediante dos procedimientos: el primero, el auto reconocimiento del responsable principal del sostén del hogar, con una clase o grupo social determinado y el segundo, la definición de clase social según la clasificación de Portes y Hoffman¹⁶, la cual permite ubicar a los individuos en una tipología de clase dependiendo del mayor, menor o ningún acceso que tengan al capital, medios de producción, control de la fuerza de trabajo, cobertura, reglamentación legal (contrato de trabajo) y modo de remuneración; a estas características se adicionó además, el tamaño de la empresa donde trabajaban los núcleos de clase.

La clasificación de Portes y Hoffman¹⁶ es la siguiente:

- Capitalistas propietarios y socios gerentes de empresas grandes o medianas.

- Ejecutivos gerentes y administrativos de empresas grandes o medianas.
- Trabajadores de élite, es decir, profesionales asalariados con formación universitaria en la administración pública y en las empresas privadas grandes y medianas.
- Pequeña burguesía, es decir, profesionales y técnicos independientes y microempresarios con personal supervisado directamente.

Va. Proletariado formal no manual: técnicos asalariados con formación vocacional y empleados de oficina.

Vb. Proletariado formal manual: proletariado asalariado especializado y no especializado con contrato de trabajo.

VI. Proletariado informal, es decir, obreros asalariados sin contrato, vendedores ambulantes y obreros asalariados sin contrato, vendedores ambulantes y familiares no remuneradas.

Los indicadores de calidad de vida referidos a ingresos, educación, vivienda (posesión, condiciones de uso, alojamiento, hacinamiento, abastecimiento de agua y eliminación de excretas) fueron tomados de la encuesta de hogares por muestreo del instituto nacional de estadísticas (INE)²⁶.

Los indicadores de servicios de salud (accesibilidad y oportunidad de los servicios), abastecimiento y seguridad alimentaria, servicios comunales y participación comunitaria, fueron elaborados por el equipo de investigadores que intervino en el diseño del proyecto.

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 OMS²⁷.

Cada uno de los individuos seleccionados fue examinado bajo luz natural, utilizando paleta de madera y la sonda periodontal di-

señada por la OMS. Los exámenes fueron realizados por diferentes equipos compuestos por un (1) odontólogo examinador y un (1) anotador que registró cada una de las observaciones, en un instrumento previamente elaborado para tal fin.

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, con el fin de identificar condiciones normales y las alteraciones y o variaciones que se pueden presentar en relación a las condiciones consideradas. Para tal fin se realizó una evaluación extra e intraoral.

Es necesario mencionar, que durante el examen clínico practicado en los niños, no se registro la presencia de lesiones de la mucosa oral, caries radicular o necesidad de prótesis. En los adultos, no se registraron las anomalías dentofaciales.

El examen extraoral incluyo la evaluación general de cabeza y cuello y fue realizado siguiendo el siguiente orden: Examen general de la zona cutánea descubierta (cabeza, cuello y extremidades superiores), zonas cutáneas periorales (nariz, carrillos y barbillas), ganglios linfáticos (cabeza y cuello), partes cutáneas de los labios superior e inferior, borde del bermellón y comisura de los labios, articulación temporomandibular (ATM) y región de la glándula parotidea.

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 periodóntico comunitario, perdida 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.

Entrenamiento para el examen clínico

La escogencia, entrenamiento y calibración de los examinadores clínicos se realizó en dos fases: La primera, consistió en la selección de los examinadores patrones conformado por cinco (5) docentes-investigadores procedentes de cada una de las Universidades participantes (Universidad Central de Venezuela, Universidad del Zulia, Universidad de los Andes, Universidad de Carabobo, Universidad Rómulo Gallegos), los cuales fueron entrenados directamente por un examinador patrón principal, experto actualizado en el manejo de los índices epidemiológicos definidos en la metodología de la OMS.

Dado el número de examinadores clínicos a entrenarse el examinador patrón principal contó con la participación de un examinador patrón auxiliar, que compartió la responsabilidad del entrenamiento tanto teórico como práctico. El primero consistió en el estudio de los criterios diagnóstico, establecidos por la OMS para estudios de salud bucodental así como el manejo de elementos tales como códigos a utilizar, instrumental requerido, condiciones para la realización del examen clínico entre otros.

A los efectos de controlar la confiabilidad del dato clínico, y garantizar la reproducibilidad del método se aplicaron las recomendaciones de la OMS²⁷ expresadas entre otras en la contrastación de los exámenes pareados entre si a fin de medir el nivel de concordancia interexaminador e intraexaminador. Se realizaron exámenes duplicados al 10% de la muestra. Se estableció como aceptables los valores kappa entre 0.89 y 0.92 para la concordancia intra e interexaminador.

La segunda fase, estuvo referida a los examinadores que aplicarían la encuesta de salud bucodental en el ámbito nacional y cuyo proceso de selección se realizó siguiendo los requisitos establecidos por la OMS para tal fin.

El adiestramiento y calibración implicó que los examinadores patrones formados en la primera fase, entrenaran, con la misma metodología, a los examinadores seleccionados por cada una de las Universidades participante las cuales fueron sesenta (60) en su totalidad, cantidad estimada como necesaria para cubrir la muestra nacional en el tiempo establecido en el cronograma del proyecto.

El cálculo de los niveles de confiabilidad obtenido por los examinadores fue estricto para minimizar el sesgo que implicaba la reproducibilidad de los criterios en un número semejante de examinadores, tal como los que se utilizaron en el estudio nacional. La confiabilidad fue determinada mediante la aplicación del coeficiente de Kappa aceptándose niveles de concordancia en valores comprendidos entre 0.87 y 0.90.

Cada una de las fases se realizó durante un periodo de dos semanas laborables, de acuerdo al cronograma establecido para los examinadores patrones y examinadores seleccionados por cada una de las Facultades.

La muestra estimada se planificó de tal manera que fue abordada por los equipos de trabajo de campo, a nivel de cada una de las regiones contempladas en el estudio, tomando como referencia, el área de influencia de las universidades participantes.

En función del número de personas a examinar a nivel nacional y considerando el tiempo estimado empleado por cada examinador para la realización del examen clínico, se calculó un total de 60 equipos de trabajo de campo (examinador y anotador), distribuidos a nivel nacional.

Tramas y trazos hacia la construcción de la malla etnográfica

Ante la necesidad de una aproximación interdisciplinaria entre la antropología y la ciencia odontológica, es pertinente preguntarse,

¿cuáles serían las herramientas necesarias para contribuir con el trazado de un estudio que posibilite el alcance de tal fin?

Para dar respuesta a esta interrogante, se presenta y describe la malla etnográfica cuya aplicación, en el estudio "Perfil socio-epidemiológico bucal de las etnias venezolanas", se hizo, teniendo como soporte la etnografía como método, lo cual hace preciso entender que esta última es un proceso de objetivación de saberes, que valora el contacto personal con los sujetos con quienes establece una relación dialógica; una interlocución que favorece la intensidad, la calidad de la interrelación y su duración, ofreciendo como recompensa un acercamiento a la realidad social y cultural para captar su naturaleza propia, sin que esto comprometa al investigador con una postura esencialista que le impida ver tanto lo permanente como lo variable.

Lo anteriormente expuesto, hace ineludible considerar al investigador como parte del proceso etnográfico y de los resultados derivados, pues, es imposible evitar el hecho que él es, en sí mismo, un factor de la investigación y en este sentido, sus características particulares son para bien o para mal, un instrumento de la investigación misma.

Varias definiciones pueden ofrecerse de la proposición, malla etnográfica. Una, la distingue, como un instrumento aplicable a cada comunidad, tiempo y lugar seleccionado, que mide étnicamente, como el doble par analítico 'parentesco/genealogía' y 'clase/color'²⁸, levantan, captan y obtienen los diversos componentes presentes en el sistema matriz de relaciones sociales y políticas que tipifica a cada comunidad y sociedad humana seleccionada y trabajada por el equipo de investigación.

Se trata de un instrumento de teoría-y-práctica, que se construye con visión y vocación de servicio, de inserción y recreación del sistema matriz de relaciones específicas

que caracterizan a los grupos y territorios seleccionados. Como se afirma, se ejerce temporal y periódicamente en cada comunidad, sitio y lugar previamente escogido, al menos desde el punto de vista del modelo ideal que antepone todo proyecto y política de investigación.

La malla en cuestión, hace la tarea de diagnosticar lo mejor posible y en un lapso de tiempo relativamente corto y limitado, un sistema matriz de relaciones sociales y políticas que, en Venezuela y en cualquier otro lugar de Iberoamérica y el Caribe, atiende con éxito relativo las situaciones históricas de refugio y resistencia típicas y propias de una comunidad y territorio tribal, de un pueblo y/o comunidad con sobresaliente presencia africana, o de un barrio periférico o propio de una ciudad, en el marco globalizador del sistema político mundial contemporáneo.

En esta dirección la figura y la armadura de la 'malla etnográfica', busca responder con pertinencia a un modelo de análisis cuya finalidad principal es detectar y representar eficientemente, cómo se constituyen los grupos humanos en cada lugar seleccionado en términos del sistema de 'parentesco/genealogía' y 'clase/color'; de la edad; sexo; ocupación; status; población-hembra y población-varón; hábitos de higiene bucal; representaciones de la boca y los dientes y sistema de creencias asociados a los intereses del trazado del perfil socio-epidemiológico en atención a las variables, categorías e indicadores que lo conforman.

Nuestra perspectiva, considera los procesos de asentamiento; membrecía; identificación; reclutamiento; iniciación en las pautas propias de inserción social y territorial; lazos de unión, matrimonio y reproducción, como expresiones y manifestaciones que actúan a la manera de un lente peculiar propio y significativo, sellado con emblema distintivo en cada lugar, comunidad, sociedad y ámbito socio-espacial particular.

La gente de nuestros territorios y sociedades vive experiencias decisivas, tanto para sí mismos como para los otros grupos, sociedades y territorios. En base a estas experiencias, la persona y su grupo de procedencia y origen decide tomar las acciones apropiadas para cada situación de vida o riesgo, de extinción o muerte y de salud mental y física. A través de la visión del mundo construida desde su etnicidad, desde su sentido de pertenencia políticamente objetivado como colectivo, atribuyen significados particulares a la relación consigo mismo y con los otros, los de la diversidad vecina y prima, así como los de la diferencia remota, lejana y ajena.

Lógicamente, esta perspectiva particular de experiencias y acciones, puede ser tanto un medio transparente y clarificador, como uno dispuesto a la distorsión, en el ámbito y situación específicos del grupo considerado, en sus acciones y conductas correlativas.

La malla etnográfica, posibilita, elaborar el marco social y político para las relaciones significativas e interactivas, que se dan entre los actores al momento de su aplicación, en cada lugar considerado como vital por el equipo de investigación.

En este sentido, la malla etnográfica, parte de una interlocución que explora sistemáticamente cada componente del grupo doméstico y la registra en un diagrama de parentesco y en un instrumento de compilación de datos, desde el cual se sigue el patrón de interés de la investigación, de modo que se deja de lado la rigidez de un cuestionario y se aborda la exploración de un conjunto de elementos que se van enhebrando en la medida que se abren caminos hacia experiencias del pasado o del presente, siempre en consonancia con los intereses de la investigación.

Desde la perspectiva de su aplicación, fue crucial determinar la identidad étnica de los individuos seleccionados en la muestra,

partiendo de su autoreconocimiento, en la convicción de que las tradiciones, roles, valores y normas del ambiente en que viven, se van internalizando poco a poco y generan regularidades que pueden explicar la conducta individual y de grupo en forma adecuada.

En efecto, los miembros de un grupo étnico, comparten una estructura lógica o de razonamiento que por lo general, no es explícita, pero que se manifiesta en diferentes aspectos de su vida como lo son el reconocimiento de una genealogía y/o ascendencia compartida, la identificación del pasado común en sentido socio-histórico; la presencia y construcción de representaciones y prácticas culturales convergentes, en muchos casos la existencia de unidad lingüística, así como de un sistema religioso y comunidad de creencias igualmente compartidas.

El espacio en el cual se ha aplicado el instrumento es precisamente en el núcleo de las relaciones fundamentales de la familia, logradas estas, a través de la constitución del grupo doméstico y de la casa familiar, como universos inseparables, y de una vida social y cultural, que en ellos, pareciera constituirse a partir de las relaciones básicas y generales de parentesco y matrifocalidad²⁹.

La aplicación de la malla etnográfica permitió canalizar y evaluar los indicadores de las variables antropológicas, relacionadas con la salud/enfermedad bucal, bajo la perspectiva del doble par analítico, parentesco/genealogía y clase/color.

La propuesta analítica clase color, según López Sanz "indica que la clase social es cónsona y aliada del color, en tanto éste es simbolización y práctica de etnia, "raza" y origen. Clase color son, pues, inseparables en el mun-

do de los territorios y sociedades bases de Iberoamérica y el Caribe".

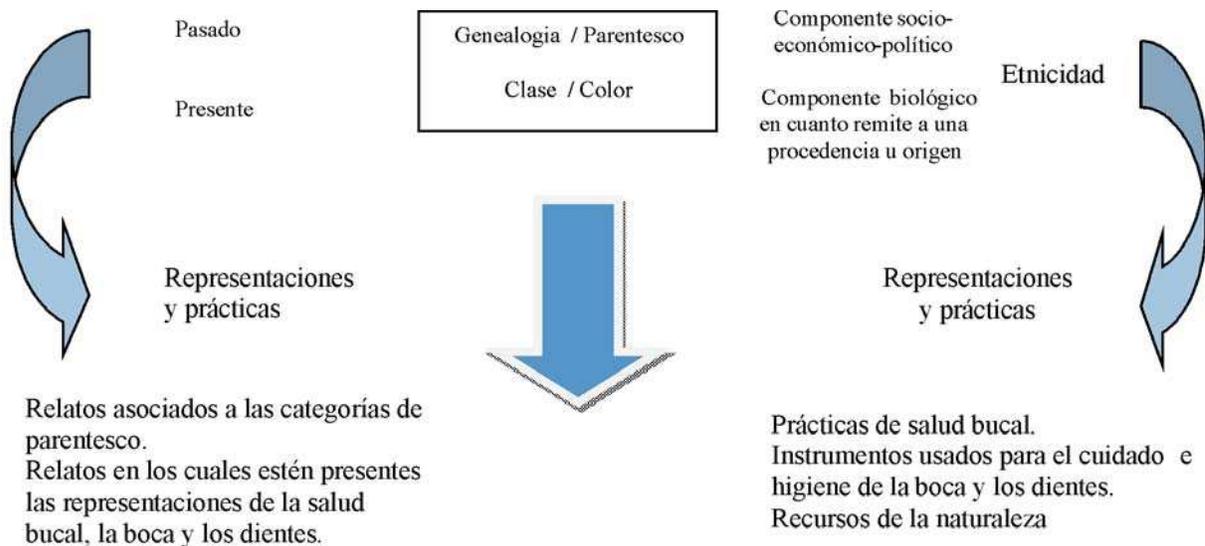
El par parentesco/genealogía constituye también "conjunción indisoluble, que abarca los dominios de tiempo y espacio, lenguaje y memoria, pariente y ancestro de cada narrador seleccionado".

La proposición del doble par deviene de la experiencia antropológica de las últimas décadas. Ella comprende por lo menos dos instancias que representan, dos mundos/ inseparables y renovables, en todo contexto y realidad humana y consecuentemente en toda investigación y política social.

El primero de ellos, parentesco/genealogía, necesario para lograr la configuración de las relaciones de parentesco y filiación, exige el reconocimiento y construcción de vínculos que son potencialmente fundamentales en toda la sociedad, basados irreductiblemente en hechos biológicos, puesto que las relaciones entre padres, hijos, hermanos, tíos, sobrinos, abuelos y parientes, se dan en un sentido conferido biológicamente, y la sociedad puede hacer uso de estos lazos, pues son potencialmente básicos, dependiendo de cómo se le adjudique una capacidad inherente a lo humano.

El par analítico clase/color, permitió definir el campo complejo de integración, rechazo y dominio de clase y posición económica, que por lo general se ejerce en el seno de las sociedades, comunidades y grupos a nivel colectivo e individual.

Es imprescindible captar que este par analítico funcionó conjunta y conexamente con el par genealogía/parentesco, en tanto respondieron a la dinámica de manera focal y holísticamente, tal como se muestra gráficamente:



Aspectos éticos de la investigación

A todos los individuos seleccionados o a sus representantes, se les explicó con un lenguaje sencillo el propósito, naturaleza y beneficios del estudio, para facilitar su comprensión, así como otras explicaciones referidas a las condiciones y riesgos de participar en la investigación. Se aplicaron tanto los medios escritos (consentimiento informado) como los orales, tal como lo establecen las normas de bioética del tratado de Helsinki³⁰, recogidas también en los códigos de bioética y bioseguridad del Ministerio del Poder Popular para la Ciencia y la Tecnología y del Fonacit³¹, específicamente en su capítulo 1, numeral 8.

Este aspecto fue resguardado y garantizado durante todo el proceso investigativo, iniciándose con el entrenamiento del personal que participó en el estudio, (examinadores y encuestadores) en el cual, se abordó todo lo referido a los aspectos bioéticos de la investigación y se analizaron cada una de las actividades a cumplirse en el trabajo de campo a nivel nacional.

En el caso de las comunidades indígenas estudiadas, los aspectos referidos al capítulo I, numeral 10 del código de bioética y bioseguridad del Ministerio del Poder Popular para la Ciencia y la Tecnología³¹, se cubrieron de la siguiente manera:

Se realizó un documento resumido sobre el proyecto de investigación en el cual se expresaban sus objetivos, alcances y los beneficios para la población. También se elaboró un oficio de solicitud de permiso para entrar a las comunidades, los precitados documentos fueron explicados y entregados por los responsables del equipo de investigadores a los consejos de autoridad indígena de cada etnia abordada, los cuales, se reunieron con sus comunidades y solo después de recibir respuesta positiva de parte de los caciques o jefes de las comunidades, se procedió a realizar el trabajo de recolección de información (examen bucal, encuesta social y etnografía), todo ello en cumplimiento también de la Ley Orgánica de Pueblos y Comunidades Indígenas³² capítulo II, artículos 13,14 15 y 16.

Se protegió la confidencialidad de los participantes, mediante la asignación de un número o código establecido para la historia social y clínica del estudio. La investigación fue aprobada por el comité de ética del Ministerio del Poder Popular para la Ciencia y la Tecnología³¹.

Resultados

En este aparte, se detallan los resultados obtenidos en relación al auto reconocimiento étnico y social de la población así como la estructuración de clase categorizada de acuerdo a la clasificación de Portes y Hoffman¹⁶. Así mismo, se describen algunas posibilidades que tienen las clases sociales de acceder a determinados bienes y recursos y se devela como en Venezuela se ha desarrollado de manera similar que en la generalidad de los países latinoamericanos, una variedad particular de actividades económicas de subsistencia.

Así mismo, se presentan datos relevantes en torno a la estructura nativa-americana, en la que se destaca el rol decisivo de la mujer en cualquiera de los grados de inserción, pertenencia y autonomía en los dominios social, mitológico y político, los cuales dan sentido y conciencia de especificidad y territorialidad a las sociedades en las que ellas juegan un papel hasta hoy no cabalmente reconocido ni estudiado a plenitud.

En relación a salud bucal, se presenta en una primera aproximación, los resultados más relevantes que tienen que ver con prevalencia, tendencias y necesidades de tratamiento con fines de orientar la planificación de los servicios de salud.

Finalmente, se presentan los resultados del trabajo etnográfico que habla fundamentalmente de las representaciones sobre salud bucal tienen las etnias estudiadas.

Autorreconocimiento, sentimiento de pertenencia y procedencia de clase social:

El 61.7% de los núcleos de clase se auto-reconocen como clase media, el 29% como clase baja y el 0,6% como clase alta. El resto (8.7%) se identifica con niveles intermedios entre estas categorías. Tabla 3

En cuanto a si los encuestados "sentían" que eran de la clase social en la cual se identificaban 95% manifestó que si, 2.9% indicó que no y 1,9% no respondió. Tabla 4 .

Respecto a si consideraban que la clase social en la cual se auto adscribían era la misma de la cual provenían, el 75,6 de la clase alta respondió que si, igual respuesta se obtuvo en la clase media con el 84% y en la clase baja con el 83,5%. Tabla 5.

Auto reconocimiento étnico

La tabla 6 evidencia que el 89.95% de la población estudiada se auto reconoce como criollos, 3.84% como afrodescendientes y 6.21% como indígenas.

Al preguntárseles sobre que criterio se autoreconocían como afrodescendientes, las personas manifestaron entre otros: la posesión de rasgos negroides, el hecho de vivir en enclaves negros y la práctica de tradiciones musicales de origen africano.

No obstante, tal como se explicará más adelante, a través del trabajo etnográfico se pudo constatar que la categoría afrodescendiente no es validada por la población concernida, pues esta, sin negar su origen africano construye su identidad desde lo local.

Al cuantificar los afrodescendientes en Venezuela se identifica una debilidad que debe ser considerada en el próximo censo nacional que se realice en Venezuela. El autoreconocimiento por sí sólo no permite este objetivo a plenitud. A pesar de tener características fenotípicas negroides, un porcentaje importante de la población estudiada se auto re-

conoció como criollo. Por otro lado, hubo entrevistados auto reconocidos como criollos que manifestaron su identificación con la música de tambores, de origen africano simplemente por vivir en enclaves reconocidos geográficamente como típicos para la población afrodescendiente.

Estas consideraciones pueden tener su explicación en el hecho de que la población refiere muchas veces identidades de tipo cognaticio, ligadas al territorio que reconocen como propio por el hecho de haber nacido en ellos.

Con respecto a los indígenas, el autoreconocimiento no generó ningún inconveniente porque algunos, a pesar de vivir fuera de sus enclaves propios, tienen una clara etnicidad y una poderosa autoconciencia de su indigenidad.

Los criollos manifestaron un criterio similar por cuanto su auto adscripción la vinculaban fundamentalmente al mestizaje propio que históricamente se ha dado en nuestros países latinoamericanos, enfoque éste que ha sido promovido por el sistema político venezolano, particularmente el escolar, en los últimos cincuenta años.

Estructura de clase social según clasificación de Portes y Hoffman.

Según la clasificación de Portes y Hoffman, la estructura de clase social en la muestra de hogares estudiada fue la siguiente: clase capitalista 0.21%; ejecutiva 3.43%; trabajadores de elite 5.50%; pequeña burguesía 6.30%; proletariado formal no manual 22.64%; proletariado formal manual 11.15% y proletariado informal, 49.53%. Tabla 7.

Por tener características muy particulares, se tipificó el grupo social que denominaremos "trabajadores indígenas", los cuales son aquellos que se encuentran en sus enclaves originarios, cuyas actividades no se corresponden con los criterios establecidos en la cla-

sificación de Portes y Hoffman. Representan el 1.24% de la población estudiada.

Clase social y etnia

La tabla 8, muestra la distribución de la población según pertenencia étnica y clase social, observándose que los afrodescendientes, criollos e indígenas, se presentan en mayor porcentaje en las categorías "proletariado formal no manual" y "proletariado informal".

Clase social y región

Al distribuir la población estudiada por clase social y etnia, se observa que las clases predominantes en todas las regiones del país, la constituyen el proletariado formal no manual y el proletariado informal. Tabla 9.

Estructuración social, etnia y región

La data obtenida, posibilita señalar que los afrodescendientes dedicados a la economía informal se encuentran mayoritariamente ubicados en las regiones centro occidental, occidental y los llanos. En relación al proletariado formal no manual, los mayores porcentajes se encuentran en la región guayana. Finalmente, los indígenas dedicados a la economía informal, se encuentran mayormente localizados en la región central, los llanos y occidental del país. Los dedicados a la economía formal no manual están ubicados en la región centro occidental del país. Tablas 10, 10a, 10b, 10c.

Edad, clase social, etnia y región

Los resultados obtenidos evidencian para la población total, una proporción mayor de personas adultas que de niños y adolescentes, sin distinción de etnia o clase social. Tablas 11a, 11b y 11c.

Núcleos de clase, ingreso y etnia

La tabla 12 muestra la distribución de los núcleos de clase según etnia e ingresos, observándose que aquellos que se auto-identificaron como afrodescendientes e indígenas presentaron el mayor porcentaje de individuos con menos de un salario mínimo mensual.

Género y región

El 59.2 % de la población estudiada pertenece al género masculino y el 40.8 al femenino, observándose una mayor proporción de hombres en las regiones guayana y centro occidental y de mujeres en la región central y occidental. Tabla 13.

Género y situación laboral del núcleo de clase

Al determinar la situación laboral por género del núcleo de clase, se observa que el 73.1% de las mujeres y el 85.8% de los hombres, se encuentran laborando en el mercado ocupacional del país.

Así mismo, se observa que del total de núcleos de clase pertenecientes al género femenino, el 44.6% posee trabajo fijo y el 28.3% trabaja por cuenta propia. Con respecto al género masculino, el 35,6% posee un trabajo fijo y el 35.3 trabaja por su cuenta. Tabla 14.

Género y rama de actividad económica del núcleo de clase

La tabla 15, muestra la distribución de la población según género y rama de actividad económica, evidenciando que el 77.3% de las mujeres núcleo de clase, se desempeñan en el sector terciario de la economía nacional.

Género e ingreso mensual del núcleo de clase

La distribución del ingreso mensual según el género del núcleo de clase se refleja en la tabla 16, observándose un importante porcentaje (16.1%) de mujeres con ingresos menores al salario mínimo. También destaca, que a medida que los ingresos se incrementan, estos son obtenidos por los núcleos de clase del género masculino.

Género y nivel instruccional del núcleo de clase

La tabla 17 devela mejores niveles de instrucción en el género femenino que en el masculino. Destaca la alta proporción de miembros pertenecientes al género masculino con estudios incompletos.

Clase social y formas de abastecimiento de agua

La tabla 18 refleja que el 93.8% de las clases sociales consumen agua por acueducto.

Región y disposición de excretas

Tal como se devela de los resultados obtenidos en el estudio, el 88% de la población del país, dispone de cloaca en su vivienda. No obstante, cabe señalar que en la región guayana, sólo el 48% dispone de este servicio. Tabla 19.

Etnia y disposición de excretas

Más del 88% de las etnias criolla y afrodescendientes utilizan la red de cloacas. En los indígenas se diversifica paritariamente las formas de disposición de excretas. Tabla 20.

Finalmente, los resultados revelan que el 50.1% de la muestral poblacional estudiada asiste a las instituciones públicas en búsqueda de atención odontológica, observándose de manera particular que el 13.2% manifiesta utilizar los servicios de la misión barrio adentro. Tabla 21 y Gráfico 1.

CPO y etnia

La tabla 22 muestra los valores promedios del índice CPO según etnia, observándose que los indígenas constituyen la etnia menos afectada por la enfermedad caries dental (5.98). El promedio general obtenido fue de 6.89.

Al calcular el estadístico chi cuadrado, se obtuvo un valor estimado de 124.6396, con una probabilidad de 0.0027, lo cual permite inferir, para un nivel de significación del 5%, que existen diferencias significativas entre las etnias.

CPO y edad

Las tablas 23 y 24, presentan los valores promedios del índice CPOD según edad, observándose que la caries dental continúa apareciendo como una enfermedad cuya frecuencia se incrementa a medida que el individuo aumenta en edad. El valor obtenido para la totalidad de la muestra a nivel nacional fue de 6.89.

CPO, etnia y edad

La tabla 25 se observa el comportamiento del índice por etnia en las edades comprendidas entre los cinco y los 34 años. Los indígenas constituyen la etnia más afectada por la enfermedad caries dental. A partir de los 35 años se observa cierta correspondencia con los criollos y afrodescendientes, sin embargo, al calcular el valor promedio general, los indígenas constituyen la etnia con el menor valor (5.41).

CPO, etnia y región

Al analizar los valores promedios obtenidos, la tabla 26 muestran como las regiones central, centro occidental y oriental presentan los valores mas elevados del índice CPO. Los criollos presentan igualmente en estas regiones los valores más altos. En la región centro occidental, lo constituyen los indígenas.

CPO, Género y Etnia

Tal como se evidencia en la tabla 27, el género femenino presenta valores del índice CPO que permiten afirmar que constituye el más afectado por la caries dental, siendo esta situación menor en los indígenas y proporcionalmente mayor en las mujeres criollas y afrodescendientes

Edad y proporción de individuos sanos y afectados por la caries dental

La tabla 28, refleja la distribución porcentual de la muestra estudiada según número de dientes afectados por la caries dental y edad, observándose que a las edades entre cinco y doce años (5-12), el 44.7 % de la muestra estudiada estaban libres de caries y el 25.02% presentaba entre 1 y 2 dientes afectados. A partir de los 13 años se empieza a incrementar el porcentaje de dientes afectados, observándose que a partir de los 45 años, más del 90% de los individuos presentan cinco o más dientes afectados.

Género y proporción de individuos sanos y afectados por la caries dental

El 53,55% de la población estudiada perteneciente al género femenino presentan cinco

o más dientes afectados por la caries dental mientras que el masculino se encuentra en un porcentaje estimado del 39,4%. Tabla 29.

Región y proporción de individuos sanos y afectados por la caries dental

La región occidental del país es la que presenta el mayor porcentaje de individuos sanos (27.8%). Las regiones del país con mayor número de dientes afectados por la caries dental (5 y más) lo constituyen la central, los llanos y occidental. Tabla 30.

CPO y clase social

La tabla 31 muestra los valores del índice CPO por clase social, evidenciándose que los capitalistas presentan el promedio de dientes afectados más bajo, en tanto que los ejecutivos, trabajadores de élite y el proletariado formal no manual, presentan los valores más altos.

Al analizar los componentes del índice, los trabajadores de élite presentan el valor más bajo de dientes cariados seguidos por los capitalistas. Tabla 32.

Los capitalistas presentan el promedio menor de dientes perdidos (1.90), mientras que el resto de las clases está por encima de 4.22. Tabla 33.

Con respecto a los dientes obturados, la mayor proporción la presentan los capitalistas, los ejecutivos y los trabajadores de élite. Tabla 34.

ceo, etnia y género (Población de 5-12 años)

La tabla 35, describe el promedio del índice ceo-d por etnia y género, observándose que los indígenas masculinos y femeninos son los que presentan los valores más altos con respecto a sus homólogos de las otras etnias, criollos y afrodescendientes.

ceo, etnia y edad

La tabla 36, muestra el promedio del índice ceo según etnia y edad, evidenciándose que los indígenas presentan el mayor número de dientes afectados por la caries dental (1.68),

seguido por los afrodescendientes (1.32). Los criollos presentan un valor estimado de 1.24 dientes afectados. Este fenómeno se manifiesta de manera significativa a partir de los siete años de edad.

ceo, clase social y edad

El índice ceo presenta los valores más altos a las edades comprendidas entre los cinco y ocho años. Los trabajadores de élite son los que presentan el menor número de dientes afectados en casi todas las edades. Tabla 37.

ceo, clase social y género

Si analizamos el índice ceo por género y clase social, se observa que los capitalistas y los trabajadores de élite presentan el promedio menor de dientes afectados por la caries dental. El proletariado formal e informal son los que presentan el promedio más alto del índice ceo-d. Tabla 38.

ceo, edad y género

El género masculino presenta el promedio más alto del índice ceo-d que el femenino, 1.46% y 1.13%, respectivamente. Entre los cinco y ocho años el índice presenta los valores más altos y empieza a declinar hasta los 12 años (0.19). Tabla 39.

ceo, edad y región

Al comparar el índice ceo por regiones, se observa que la región de los llanos presenta el mayor promedio de dientes afectados por la caries dental (1.42), seguido por la región oriental (1.38) y guayana (1.31). La región occidental es la que presenta el índice más bajo (1.03). Tabla 40.

Condición periodontal y etnia

Uno de los objetivos específicos de este estudio fue verificar las condiciones periodontales de jóvenes y adultos venezolanos, en su distribución por etnia, clase social, edad, género y región. Para tal efecto, se utilizó el índice periodontal comunitario expresado en una escala numérica que considera tanto la prevalencia como la severidad de la condición.

El índice general obtenido expresa que un 69.76% de la población estudiada presenta una condición periodontal "sana". Tabla 41.

Los afrodescendientes constituyeron la etnia con un mayor porcentaje de sextantes sanos 67,79%, mientras que los indígenas presentaron el porcentaje más bajo, 65,45%. En relación a los criollos, el porcentual de sextantes sanos, con sangramiento (hemorragia) y con cálculo dental fue del 66,61%; el 2,52%; y el 14,54%, respectivamente. Tabla 42.

Condición periodontal y género

La tabla 43 muestra el porcentual de personas sanas y no afectadas por la enfermedad periodontal según género, observándose que no existen diferencias significativas entre el masculino y el femenino.

El género masculino presentó valores porcentuales más altos en relación a la presencia de bolsa de 4 a 5 mm a diferencia del femenino que los presentó con respecto a la bolsa de 6mm y más. Destaca también el porcentaje mayor en el género femenino con la categoría sextante excluido, lo cual significa que el índice periodontal comunitario no fue aplicado por ausencia de los dientes requeridos para tales fines. Tabla 44.

Condición periodontal y edad

En las tablas 45 y 46, se observa que el grupo etario 13-18 años, constituye el que posee el mayor porcentaje de sextantes sanos, 84.52%. Igualmente observa que a partir de los 55 años, se produce una afectación de las condiciones periodontales.

Condición periodontal y región

La tabla 47 muestran los resultados obtenidos del índice periodontal comunitario por región, observándose que las regiones: oriental, los llanos, guayana y centro occidental, presentan los porcentajes más altos de sextantes no afectados por la enfermedad periodontal, observándose diferencias estadísticamente significativas entre las regiones del país.

En los sextantes afectados, puede observarse que la mayor prevalencia corresponde al cálculo dental, seguido por la hemorragia. Tabla 48.

Condición periodontal y clase social

Al analizar la condición periodontal según clase social, se observa que el 69.76 del total de las clases no se encuentra afectado por la enfermedad periodontal, en cualquiera de sus signos, siendo las clases: capitalista, trabajadores de élite, proletariado formal no manual y los trabajadores indígenas, los que presentan los porcentajes más elevados. Tabla 49.

El cálculo constituye la condición de mayor prevalencia en las clases estudiadas. Tabla 50.

Higiene bucal (IHB-S, edad y etnia)

La tabla 51 muestra los resultados del IHB según edad y etnia, observándose para el total de la población estudiada, valores que reflejan un índice de placa tipificado en la escala de interpretación del índice como "aceptable", (1.06). Sin embargo, en las edades 5-12 y 13-18, se registran los promedios más altos. Se visualiza igualmente que la etnia indígena presenta los valores más altos del índice de placa (1.41)

Con respecto al índice de cálculo dental, los resultados obtenidos posibilitan señalar que existen niveles tipificados como "aceptables" para todas las etnias, constituyendo los indígenas los que presentan los valores más altos (0.76). Tabla 52.

En relación con la edad, se observa que en las tres etnias, la población mayor de 65 años, presenta una condición periodontal deficiente relacionada con la presencia de cálculo dental. Tablas 51 y 52.

Higiene bucal (IHB-S), género y etnia

Al analizar el índice de placa según género y etnia, la tabla 53 muestra que el género femenino presenta valores más bajos que el masculino, no evidenciándose diferencias significativas entre ambos géneros.

Al considerar la categoría etnia, los criollos presentan los niveles de higiene bucal más aceptables. En los afrodescendientes, el género femenino presenta los valores más altos (1.11) y en los indígenas, el género masculino (1.41), es decir, en los primeros, los hombres poseen una mejor higiene bucal y el los segundos, las mujeres.

Igual sucede con el índice de cálculo. No hay diferencias significativas entre géneros.

Con respecto a las etnias, el género femenino presenta significativamente valores más bajos que el masculino, aún cuando ambos grupos presentan niveles aceptables de higiene bucal. Tabla 54.

Higiene bucal (IHB-S) y región

En cuanto al comportamiento del índice por regiones, la tabla 55 muestra los resultados que permiten determinar que las regiones: oriental y centro occidental del país, son las que presentan mejores condiciones en relación a la presencia de placa dental.

Finalmente, la tabla 56 revela una situación similar con respecto a lo expuesto para el índice de placa bacteriana.

Uso y necesidades de prótesis y edad

Para el registro de esta condición, se examinaron todas las personas mayores de 15 años, que para la fecha de realización del estudio no presentaban necesidades protésicas, usaban algún tipo o la requerían, dato importante a la hora de definir o reorientar la política de salud a nivel nacional.

Del total de personas examinadas, el 48,76% no necesita prótesis superior y el 42,38%, prótesis inferior. El 30,87% necesita una prótesis superior y no tiene mientras que el 48,48% necesita y no tiene con prótesis inferior.

Sólo el 4,85% y el 5,09% de la muestra estudiada, posee una prótesis superior o inferior adecuada, respectivamente. Tablas 57 y 58.

Uso y necesidades de prótesis según etnia

Al considerar la variable etnia, los indígenas son los que presentan el mayor porcentaje de necesidades de prótesis superior e inferior, bien por que la necesitan y no tienen o porque la que poseen es inadecuada, 48% y 59,21%, respectivamente.

El porcentaje de necesidades de prótesis en la etnia mayoritaria, los criollos, representa el 38,02% para el maxilar superior y el 51,31% para la mandíbula inferior. Tablas 57 y 58.

Uso y necesidades de prótesis según género

Tal como se desprende del contenido de las tablas 59 y 60, el género femenino refleja el mayor porcentaje de la población que no requiere del uso de prótesis superior e inferior, con respecto al género masculino. Sin embargo en los hombres, el porcentaje de prótesis superior e inferior adecuadas, es mayor que el que se observa en las mujeres.

Uso y necesidades de prótesis según región

La tabla 61 muestra la distribución porcentual de la población estudiada según uso y necesidades de prótesis superior por región, observándose que los llanos constituye la región con menor necesidad de uso de prótesis superior, 43,09%, bien por que los individuos la necesitan y no la poseen o bien por que la poseen y es inadecuada. Las regiones central, oriental, centro occidental y occidental, tienen necesidades estimadas entre el 34 y 39% de la población examinada.

Con respecto al uso y necesidades de prótesis inferior, la región guayana es la que posee el porcentaje más elevado de necesidades protésicas, 57,20%, mientras que la región central posee el menor porcentaje. Con respecto al resto de las regiones, no se observan diferencias significativas. Tabla 62.

Del total de pacientes examinados, en todas las regiones del país, con necesidad de prótesis superior, al determinar tipo de prótesis, se observa que entre un 19 y 29% necesitan

aparatoología removible. Con respecto a prótesis inferior, se estimó entre un 30 a 40% de necesidad de prótesis removible Tablas 63 y 64.

Igualmente, las tablas 65, 66, 67 y 68, denotan que la prótesis parcial removible constituye el tipo de aparato que más se requiere a nivel de las etnias y de género.

Uso y necesidad de prótesis superior e inferior y clase social

La tabla 69 muestra el uso y necesidad de prótesis superior según clase social, observándose que más del 79% de los individuos examinados de la clase social "capitalista" no necesitaba reemplazo de dientes en el maxilar superior. Esta condición para el resto de las clases sociales estudiadas, se encuentra en un rango estimado entre un 47 y un 60%, constituyendo los trabajadores indígenas los que presentan los porcentajes más bajos.

La misma tabla permite observar en cuanto al índice de respuesta al problema, que la pequeña burguesía, y el proletariado formal no manual, son los que presentan el mayor porcentaje de ser portadores de prótesis superior adecuada.

Situación similar a la descrita se presenta con respecto al uso y necesidad de prótesis inferior. Tabla 70.

Clase social y tipo de prótesis requerida, superior e inferior

Las tablas 71 y 72, presentan la distribución porcentual de la población examinada según tipo de prótesis que requieren, superior e inferior según clase social. La prótesis removible superior e inferior constituye la más indicada, constituyendo el proletariado formal no manual y el informal los que presentan los valores más elevados. Con respecto a la prótesis total superior e inferior, el proletariado informal es el que presenta el mayor porcentaje de necesidades, 19,48% y 11,77%, respectivamente. Igual situación se refleja con la prótesis removible, superior e inferior, 57,53% y 64,82%.

Fluorosis dental y etnia

La evaluación clínica realizada para determinar el porcentaje de fluorosis dental arrojó resultados que indican que el 83,9% de la población estudiada está libre de esta condición. Los criollos presentaron condiciones normales en un 83,64%, Los indígenas y afrodescendientes, 87,9% y 83,9%, respectivamente. Tabla 73.

Fluorosis dental y clase social

Al considerar la variable social, es posible señalar que el mayor porcentaje de fluorosis, en sus diversas manifestaciones, se expresó mayormente en las clases; proletariado formal no manual, proletariado formal manual y proletariado informal. Tabla 74.

Fluorosis dental y género

El género no constituye una variable determinante que explica la afectación o no de los pacientes estudiados por la fluorosis dental. Tabla 75.

Fluorosis dental y región

Según los resultados obtenidos en el estudio, las regiones con mayor frecuencia de fluorosis la constituyen la región central y occidental del país. Tabla 76.

Características de la oclusión (12-18 años)

La tabla 77 muestra que los trabajadores indígenas presentan un 91,67% de oclusión normal. Observa así mismo, que el mayor porcentaje de maloclusiones dentales se presentan en el proletariado informal, clase social que presentó una prevalencia estimada en: 51,03% maloclusiones definitivas, 52,03% maloclusiones severas y 46,51% maloclusiones muy severas.

Articulación temporomandibular

(Signos y síntomas) y género

Las tablas 78 y 79, muestra la prevalencia de disfunción temporomandibular por género, tanto lo que refiere el paciente (síntomas) como lo diagnosticado a través del examen clínico (signos), observándose que el 74,64% y el

75,58% de la población estudiada presenta ausencia de signos de disfunción del lado derecho e izquierdo respectivamente. Del total de personas examinadas, el género masculino presentó el mayor porcentaje de manifestación de la presencia de algún signo, bien del lado derecho e izquierdo, 25,67% y 25,81%, respectivamente.

Ahora bien, los resultados, evidencian para toda la población estudiada una ausencia de disfunción temporomandibular estimada en un 81,18% para el lado derecho y de un 81,55% para el izquierdo, presentando las mujeres los porcentajes mas altos. Tablas 80 y 81.

Articulación temporomandibular

(Signos y síntomas) y etnia

Al observar la frecuencia de signos en las personas examinadas, las tablas 82 y 83, revelan que los indígenas constituyen la etnia que presenta el mayor porcentaje de personas que no manifiestan ningún signo de disfunción temporomandibular derecho e izquierdo, 88,61% y 89,06%, respectivamente. Los afrodescendientes manifiestan un mayor porcentaje de presencia de signos.

Al evaluar los síntomas, definitivamente, los afrodescendientes constituyen la etnia con una mayor prevalencia de disfunción temporomandibular, tanto derecha como izquierda, 8,67% y 11,64%, respectivamente. Tablas 84 y 85.

Articulación temporomandibular

(Signos y síntomas) y región

Las tablas 86 y 87 muestran la prevalencia de disfunción temporomandibular en las regiones administrativas de Venezuela, observándose que la central constituye la región con mayor porcentaje de personas con algún signo de la enfermedad. Las regiones con mayor porcentaje de ausencia de disfunción son guayana y oriental.

Fase de intervención

En la fase de intervención se atendieron necesidades de atención odontológica a 903 pacientes de 17 comunidades, ocho en el estado Zulia : Bobures, Gibraltar, Karañakae, Villa de Rosario, Machiques, El Tokuko, Fundación Bemposta (Páez y Valles de Japreira; en el Estado Bolívar siete comunidades: Makanilla, Palmarito, Mata de Tapakire, La Riviera, Cambalache, San Antonio del Roscio, San Antonio de Morichales y en el estado Amazonas dos comunidades: el Cejal y Limón de Parhuena, en las cuales habitan 11 etnias: afrodescendientes, criollos, Bari, Yukpa, Wayuu, Añu, Kariña, Warao, Jiwie, Piaroa y Pemones.

Las actividades de intervención incluyeron una fase preventiva, una curativa y una de atención de urgencias. La Fase preventiva consistió en donaciones de cepillo y pasta dental y la organización de grupos para la enseñanza de la técnica de cepillado dental a niños y adultos. Los auxiliares de investigación, operadores ART, participaron como modelos y monitores de la técnica. En algunas ocasiones, maestros de escuelas, y personal no odontológico del proyecto, se ofrecieron como modelos e instructores de la técnica luego de haber observado la actividad en los operadores ART. En esta fase se realizaron aplicaciones tópicas de flúor y sellantes de puntos y fisuras en molares permanentes en erupción.

La fase curativa incluye la restauración con técnicas de restauración atraumática, de lesiones no cavitadas y cavitadas de 1 y 2 o más superficies.

En la fase de urgencias se incluyeron: exodoncias, terapia farmacológica para el alivio del dolor e infección y referencia de casos complicados.

Los gráficos 2, 3 y 4, muestran la relación de pacientes remitidos y voluntarios, la edad media de pacientes atendidos según comunidades, pacientes atendidos según indicación ART.

Representaciones, hábitos y costumbres relacionadas con la salud bucal.

Tal como se ha señalado, esta investigación, partiendo del par doble, parentesco/genealogía y “clase/color, intenta en una primera aproximación, describir algunos lenguajes y símbolos que acompañan a los valores relativos a origen-natividad-etnia, clase-status-clan, sexo-género, pertenencia-membrecía, persona-personalidad, autoridad-alternabilidad, entre otros.

En los límites temáticos de esta investigación, cada persona conocida y entrevistada, expresó una red compleja de relaciones vinculadas con el vivir y centrada en cómo el y ella, experimentan la salud-enfermedad bucal, constituyéndose la misma, el ámbito en la cual pueden concurrir las representaciones y las prácticas propias de este proceso, gestadas como hábitos, usos, patrones y valores.

En una primera aproximación, los resultados destacan que las representaciones y las prácticas relativas al “proceso salud-enfermedad bucal” muestran diversos elementos, altamente interesantes, que tal como se ha señalado, han emergido de los contextos en los cuales se ha desarrollado el trabajo etnográfico planteado en el componente antropológico.

El elemento inicial que se expresa como evidencia etnográfica, refiere la existencia de una representación, suficientemente homogénea y compartida por la generalidad de los interlocutores y es la que tiene que ver con respecto a la necesidad de incrementar la medicalización en general y la implantación de más espacios dedicados a la práctica de la odontología, tanto en su dimensión clínica, como en su dimensión educativa, preventiva y curativa.

En este sentido, la población nacional, en sus diferentes etnias, representa la atención odontológica como una obligación del estado venezolano hacia la colectividad: “El gobierno tiene que abrir mas consultorios para dentistas”

“Cuando a uno le duele un diente a medianoche, uno no haya que hacer, porque no hay pa´ donde ir, el gobierno se tiene que ocupar de eso” “Por estos lados no hay nada, ni consultorio, ni cubanos, ni nada, estamos abandonaos”. “A mi me han arreglado las muelas los cubanos y los que andan con ellos, antes tenía los dientes picaos pero ellos me los han arreglao sin quitarme nada”.

Por otra parte, la atención odontológica es considerada diferenciada de la atención médica. De lo anterior se deriva que la salud bucal detenta una representación separada de la salud del resto del cuerpo. Los testimonios de los interlocutores se expresan en frases como: *“Aquí hay doctores pero no hay doctores de la boca, como te explico, al hijo se le presentó un dolor en la cara el otro día, era domingo, y yo lo lleve allí, (refiriéndose a un ambulatorio cercano); había mucho médico, pero ninguno lo sabía atender porque era de las muelas lo que el tenía” “Aquí en Las Velitas, la gente se cuida los dientes, porque el ambulatorio siempre tiene pacientes de odontología”.*

Las representaciones antes descritas dejan ver, al menos en estos dos elementos, que en sociedades como la venezolana, constituida por unidades diferenciadas unas de otras, existen representaciones claramente compartidas, en estos casos, la representación se constituye basada en la atribución de obligaciones y en la diferenciación de campos específicos de atención en salud.

De tal manera que en las representaciones recogidas en los diferentes contextos de investigación, se destaca el sentido relacional e interdependiente y al mismo tiempo la clara autopercepción como constituyente particularizado.

Los pueblos indígenas tienen una clara etnicidad y una poderosa autoconciencia de su indigenidad. Las expresiones donde destacan frases como *“Nosotros los kariña somos un pueblo ancestral” “Dicen que no hay cumanagotos ya, pero eso es mentira, nosotros somos cumanago-*

tos” “Aquí las comunidades del delta somos warao”. De tal manera que han sido los propios miembros de las sociedades originales quienes han asumido políticamente el término.

En oposición a lo anterior, el trabajo etnográfico no verifica la categoría ni la expresión de etnicidad vinculada al constructo *“afrovenezolano”*; en este sentido el elemento cohesionador que se adhiere a las características fenotípicas de los pueblos negros para la construcción de un dispositivo étnico es el elemento locativo, la referencia a la espacialidad reconocida como propia y articuladora desde lo territorial como referente de lo propio, de modo que las representaciones del sí mismo y el ser colectivo así como las expresiones de autoadscripción se reflejan en expresiones como *“Nosotros somos barloventeños” “mi padre era un negro trinitario y mi madre era una negra del callao, como yo, de padre trinitario” “Nosotros somos campomeros, eso sí se yo”*, así como la atención a gentilicios como bobureño, macuquitero, o marcas que indican la condición cognaticia que implica automáticamente la negritud ligada al lugar de nacimiento y que no presenta sin lugar a duda, por ejemplo, *“yo soy de Ocumare, o sea, quiere decir que soy negro”.*

En lo que respecta a la población criolla, en los contextos urbanos y rurales, se asume una representación que responde a la extendida teoría del *“crisol de razas”* ampliamente difundida por el sistema educativo nacional durante los últimos cincuenta años, lo cual genera una identidad étnica opaca y dispersa, fácilmente ajustable al contexto en el cual se requiera utilizar una identidad específica, recurriendo fácilmente a cualquiera de los componentes de parentesco que constituyen los cuadros genealógicos de los interlocutores, de modo que se presentan escenarios en los cuales, con respecto a la salud bucal, algunos de los informantes refieren que la calidad de sus dientes deriva de sus antepasados negros, o

de su abuela que venía de determinada población indígena.

Es importante destacar, que existe una amplia representación que adjudica a estos dos componentes étnicos de la nación venezolana, la buena calidad dental así como la belleza y salud de la boca y los dientes, lo que se hace evidente en testimonios como: *“Los mejores dientes los tienen los negros y también los indígenas”* *“La gente de la costa y los de Barlovento”* *“...bastantes negros llegan a mi misma edad y tienen los dientes completos, y no es porque yo sea negra”* *“Yo conozco mucho a los indígenas, he tratado mucho con ellos, y ellos tienen una dentadura perfecta”*.

Existe también una tendencia a responder a los esquemas impuestos por la industria cultural en lo que corresponde a la representación de la salud bucal, de modo que en numerosos testimonios se adjudica a *“los artistas”*, *“los de la televisión”* a *“esa gente de las novelas tienen esos dientes brillantes y blanquiiitoos”* las mejores condiciones de salud.

De igual manera, se marca como representación, la condición urbana como garantía de acceso al cuidado de la boca y los dientes y en este sentido se coloca en el contexto criollo-urbano el acceso a los servicios de salud y el cuidado odontológico, eso se evidencia en enunciados como: *“Los de la ciudad tienen mejor cuidados los dientes”* *“El alijuna tiene mejores dientes que los wayuu, porque tienen buenos cuidados, ellos cuando se parten los calzan, en cambio uno no, uno los deja así”*.

En los ejemplos expuestos se muestra, el modo según el cual se comunican y significan los mundos de genealogía /parentesco y clase/color con los logros personales y de grupo de negociación, tensión y conflicto con respecto al cuidado y salud bucal. En esta dirección, el equipo de antropólogos detecta cómo la persona y el grupo mismo hacen los enlaces entre su mundo original y antiguo y el mundo

de la modernidad actual. Aparte de lo anterior, en las representaciones de la salud-enfermedad/ bucal se reconocen dos conjuntos de representaciones que identifican las causas de los padecimientos descritos, el primero, de naturaleza exógena por su origen o causalidad cultural, es decir, aquellas donde la enfermedad de la boca o los dientes proviene de un cuerpo extraño, de un agente exterior al cuerpo. El segundo, endógeno, en el cual la enfermedad es el resultado de la ausencia de “algo” que el sujeto o el grupo tenía y ahora no tiene, algo que se pierde o que se extrajo del ser humano por entidades espirituales, biológicas o humanas.

En el primer conjunto la enfermedad es representada por el grupo como un factor desencadenante, algo que entra al cuerpo, que de manera consciente o inconsciente entra en la boca. Así, la alimentación como vehículo de entrada al cuerpo, se constituye en el vínculo exógeno por excelencia, pues a través de la boca, entran productos de origen animal, compuestos vegetales y de otra índole, procesados o no. El consumo de estos alimentos por parte de los grupos humanos, es determinado por la fuerza simbólica y representacional de la boca y expresan la amenaza de éstos causando o acelerando el proceso de patogénesis de la boca o los dientes.

Los criterios antes expresados se sostienen en testimonios que emergen cuando los informantes expresan: *“los dientes se dañan por que uno, cuando come gusano de ceje, debe quitársele la cabeza, por que sino esa cabecita se mete en el diente y se lo va comiendo de adentro pa’ fuera...”*.

Los interlocutores, también identifican la ingestión de elementos que clasificados en el grupo de alimentos causan daño a los dientes: *“comer hielo es una de las causas que dañan los dientes”*, *“cuando uno come huesos, eso hace que los dientes se pongan malos”*, inclu-

yen en este grupo alimentos que no son preparados, pero que de igual manera causan daño en los dientes, como las frutas: *"cuando uno come piña se dañan los dientes y eso hace que se caigan rápido"*, *"comer cambur desde niño hace que los dientes de grande se dañen y se pudran rápido los de chiquito"*.

Del mismo modo se construye la prohibición reconociendo el proceso de la alimentación como la entrada de elementos externos al cuerpo, la dentadura es afectada y el grupo elabora un conjunto de prácticas a seguir y nacen las recomendaciones para cuidar los dientes, *"para tener una mejor dentadura no se debe comer cosas calientes, ni comer la aleta de pescado"*, *"está prohibido comer gusanos del moriche por que el gusano pudre la dentadura"*. *"los chicles acaban con la dentadura, así que yo a mis hijos no los dejo comer chicle"* *"La boca debe cuidarse, debe asearse, debe ser olorosa como la piña"*

En el dominio de lo sagrado, en diversos sistemas de creencias, el hecho de perder la dentadura se le vincula con la desaparición física, en algunos casos como proceso inicial hacia la muerte, donde perder los dientes implica la dificultad de alimentarse regularmente y es una muerte: *"cuando uno quiere que se muera en callado, solo le pide a un espíritu que le dañe los dientes, y se le caen y se va poniendo flaquito y se seca la persona y así se muere"*. *"a los viejos se les van cayendo los dientes y quedan mascando el agua, de ahí a que se muera una gente no hay nada"*.

Entre las causas endógenas de la enfermedad bucal o de los dientes, la representación en muchos aspectos está ligada a lo moral, tal como los siguientes testimonios lo expresan: *"la desobediencia es una de las causas de los malos dientes y por no comer papelón caliente"*, *"los dientes se dañan cuando uno duerme hasta tarde, por eso debe levantarse al niño temprano para mantener el diente"*. *"los barí no podemos de-*

cir mentiras, por eso no decimos, ni decimos insultos porque se enferma la boca y se pone mala".

Otro factor endógeno asociado a la salud o enfermedad de la boca y los dientes, se identifica al asociar las afecciones a factores heredados genéticamente cuando enuncian: *"los dientes malos son por la herencia"*, *"el tiene ese diente allí que le salió en el medio del paladar y eso es de la familia, porque el tiene una primita por el lado de su padre, que ellos son de coro y también tiene ese diente allí"*.

Otro grupo de representaciones busca el origen de las cualidades dentales y la salud bucal asumiendo que está relacionado con determinados estados de la vida, este es el caso de los embarazos, identificados en muchos contextos como causales del daño y debilidad de la dentadura: *"otra de las causas de los problemas de los dientes son el embarazo, y por no cepillarse"*, *"cuando la mujer está embarazada los dientes se ponen débiles por que el bebé se come el calcio que tiene los dientes"* *"A la mujer preñada hay que darle mucho fororo, pa' que no se le piquen los dientes ni se le vayan a caer"*.

Finalmente, es importante hacer notar que existe un conjunto de representaciones con respecto a la salud de la boca y los dientes ampliamente extendidas entre los distintos componentes étnicos de la nación venezolana, en muchos casos, no relacionadas con la condición material de la boca o los dientes, sino con su valor como complejo de significaciones, es el caso de las representaciones que entrelazan la salud bucal con la vida, condición que se expresa desde las mas diversas expresiones de la mitogénesis Barí o Yekuana o Cumanagoto o en sentido opuesto, se relaciona la enfermedad de la boca y los dientes con la muerte <propia o la de parientes> expresada a través de los sueños, como entre las diversas sociedades arawac y sobre todo en amplios sectores de la sociedad criolla en todos sus tipos y grupos.

Discusión

Al caracterizar el perfil epidemiológico de las etnias que tienen su asiento en el territorio nacional, bajo el enfoque de clase social, etnia y género, este proyecto devela de manera inédita, la realidad social venezolana.

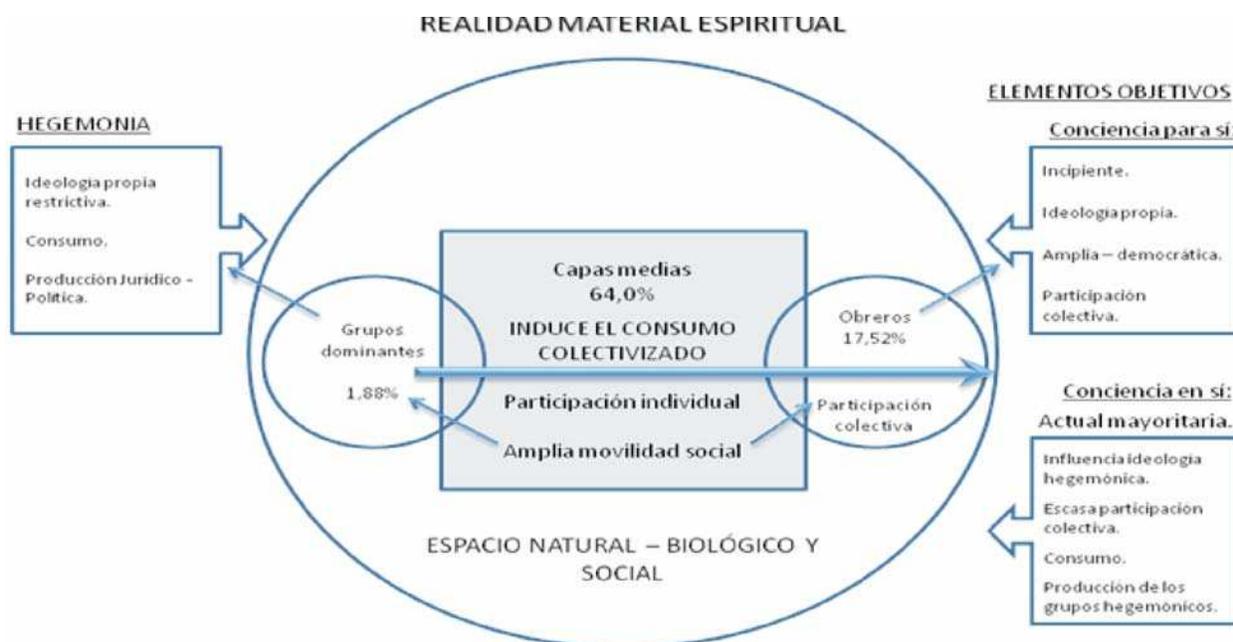
De acuerdo a las proyecciones del estudio, es posible afirmar que en los enclaves tipificados como poblaciones que conservan costumbres, hábitos y tradiciones, existe un aproximado estimado de 3.84% de personas que se auto reconocen como afro descendientes, cifra que coincide con estudios realizados por la CEPAL³³. Con respecto a los indígenas, el 6.21% determinado en el estudio se corresponde con los reportes publicados por los organismos nacionales.

El hecho de que el 61.7% de los núcleos de clase estudiados, (sostén principal del hogar), se autorreconozcan como clase media hace presumir que la población continua construyendo su identidad de clase a partir de valores, ideología, estereotipos y grupos de refe-

rencia, sin considerar de manera objetiva sus condiciones materiales y sociales de vida, tal como lo refiere D'Elia y col.²⁰.

La situación descrita pudiera estar reflejando que estos grupos aun no hacen suficientemente visible expresiones que tiendan a afirmar la existencia de una conciencia de clase desarrollada, la cual, puede expresarse de diferentes maneras, pero que en esencia constituye la toma de conciencia de un grupo social por generar una unidad de clase que promueva la lucha por el bien que le es común.

Así mismo, la identificación como clase media, basada en el auto reconocimiento, podría llevar a sugerir una realidad material espiritual caracterizada por formas de participación y desarrollo de conciencia de clase con una clara disociación entre lo colectivo y lo individual, con tendencia al aislamiento del resto de los grupos sociales e incluso de sus propios miembros de clase y posiblemente influenciada por ideologías hegemónicas en cuanto al consumo y participación colectiva.



Sin embargo, el hecho de que el 65.4% de la población estudiada considere que el trabajo colectivo constituye la mejor manera de mejorar su condición de clase, evidencia una tendencia de importantes sectores de la población venezolana a comprender la necesidad de rescatar la participación comunitaria como una práctica en estado de recomposición, valorando positivamente la urgencia de una participación activa como potencial recurso para mejorar sus condiciones y calidad de vida. Tal es el caso de los consejos comunales y sus comités de trabajo entre ellos el de salud.

En el seno de amplios sectores de la población venezolana, se han generado procesos de reflexión, análisis y discusión de la participación del ciudadano común en la toma de decisiones de situaciones que afectan su vida local y nacional, reinventando nuevas y variadas formas de lucha que pudieran conllevar a la ampliación de su visión de clase social. Por otro lado la lucha político-ideológica que tiene planteada Venezuela en relación con la instauración de un nuevo orden económico-social, ha impulsado diversas maneras de organización en la pugna por manifestar la ubicación de los grupos en una posición u otra.

Según los postulados de Portes y Hoffman¹⁶, América Latina se diferencia de las sociedades desarrolladas en que una proporción importante de su población no ha sido incorporada a relaciones de trabajo legalmente reglamentadas e insertas integralmente en el mercado de productos, sino que sobrevive en la marginalidad, desarrollando una gran variedad de actividades económicas de subsistencia.

En este estudio hubo un mayor predominio de la clase social que labora en el sector informal con ocupaciones que además de generarles ingresos insuficientes no les permiten su incorporación a los sistemas de protección laboral y social que garantizan los sectores formales de la economía.

Paradójicamente a este hallazgo, según el informe Panorama Social de la CEPAL³⁴ del año 2008, Venezuela disminuyó sus tasas de pobreza e indigencia entre 2005 y 2006 logrando pasar la primera de un 37,1% a un 30,2%, y la segunda de un 15,9% a un 9,9%. Según el precitado informe la elevada tasa de crecimiento del producto interno bruto per cápita, así como la implementación continua de programas sociales de gran amplitud, produjeron una mejora sustantiva de las perspectivas de reducción de la pobreza e incrementa significativamente la probabilidad de cumplir con la primera meta del Milenio.

No obstante, es importante señalar que para que esta superación de la pobreza sea estructural, se requiere de una estrategia no solo de protección sino de inclusión progresiva y continua de esta población a los sectores formales de la economía. La creación de empleos y mayores niveles de productividad laboral constituyen los mecanismos fundamentales de transmisión entre el crecimiento económico y la reducción de la pobreza.

Al analizar el ámbito laboral en Venezuela, pareciera incuestionable aplicar una mirada a la categoría de género. El género es una construcción social e histórica de los contenidos simbólicos de lo femenino y lo masculino configurado a partir de las diferencias biológicas de los sexos. Afecta las identidades y condiciones de vida de mujeres y hombres, sus expectativas y oportunidades, las complejas y diversas relaciones sociales que se dan entre ambos géneros, así como los conflictos institucionales y cotidianos que deben encarar y las múltiples maneras en que lo hacen.

La Organización Internacional del Trabajo³⁵(OIT); en sus notas sobre juventud y género, señala que "la naturalización del trabajo reproductivo y la adjudicación de la responsabilidad casi exclusiva de la crianza de los hijos y de las tareas domésticas constituyen uno de

los principales obstáculos que las mujeres han debido enfrentar; que determina un desigual acceso y control a los recursos, que se expresa en debilitamiento de la autoestima, de la confianza en sí misma y del desempeño social y laboral.

La precitada organización establece respecto al ámbito laboral que "la definición de roles se inicia en la infancia y está en la base de la construcción de la identidad y son las concepciones culturales acerca de lo que les corresponde ser y hacer a hombres y mujeres, del valor de las actividades y capacidades femeninas y de las relaciones con sus padres y maridos, las que se trasladan al ámbito laboral e interactúan con las exigencias y condicionantes productivas y económicas determinando la división sexual del trabajo".

Sobre la base de estas consideraciones, en este estudio pudo observarse que las mujeres, representaron un considerable porcentaje de los núcleos de clase (sostén principal del hogar) en cada una de las regiones siendo predominante en la región central y centro occidental. Esta situación pudiera constituir un avance visto desde la perspectiva de las oportunidades que tiene la mujer en Venezuela, de insertarse en el mercado laboral, sin embargo, al adentrarnos a la estructura del empleo los resultados indicaron que solo un 44.6% posee trabajo fijo mientras el 28.3% trabaja por cuenta propia.

Quintana,³⁶ plantea que durante las últimas tres décadas América Latina ha experimentado un aumento sostenido en la tasa de participación de las mujeres en el empleo, tratándose de un proceso lento pues aun persisten diversas formas de discriminación que encuentran su explicación histórica en la división sexual del trabajo y en el predominio de una cultura patriarcal. Este escenario pudiera tornarse paradójico, según este autor, si se profundiza en el análisis de la relación que

existe entre el tipo de empleo que ejercen las mujeres de nuestra sociedad y las diferencias salariales que presentan con respecto al género masculino.

En efecto, nuestros hallazgos indican que existe un importante porcentaje de núcleos de clase mujeres con ingresos inferiores al salario mínimo mensual (Bs. 614.790) en contraposición a los hombres en esa misma condición. Así mismo, puede observarse que al ir aumentando los ingresos por concepto de salarios, éste incremento es percibido mayoritariamente por el género masculino.

Otro factor relevante con respecto al género, lo constituye el análisis de la rama de actividad económica donde se ha venido dando la inserción laboral de la mujer, que según los estudios de Quintana³⁶ en la mayor parte de América Latina ha sido hacia el sector terciario (comercio, transporte, almacenamiento, comunicaciones, servicios, y otros). Nuestros hallazgos revelan que el 77.3 % de los núcleos de clase pertenecientes al género femenino, se ubicó en sector terciario en contraste con el 1.69% situado en el sector primario.

Respecto al nivel educativo, Bonder³⁷, afirma que es un hecho ampliamente reconocido que la expansión del sistema formal de educación, benefició particularmente a las mujeres y complementariamente, que el cambio más evidente en su condición social se expresa en su acceso masivo a la educación.

En nuestro estudio la mujer evidenció mejores niveles de instrucción en todos los niveles de la educación y mas específicamente en los niveles medio de la educación formal coincidiendo con lo reportado por el sistema integrado de indicadores sociales de Venezuela (SISOV), del ministerio del poder popular para la planificación y desarrollo³⁸, el cual refiere "un sostenido incremento de los años de escolaridad en el sexo femenino desde finales de la década de los noventa".

Respecto a la estructuración de clase y las formas de abastecimiento de agua, los resultados muestran que las diferentes clases sociales consumen en un 93.8% agua por acueducto coincidiendo con las cifras oficiales del SISOV³⁸ para el año 2007 que reportaron que 91% de las viviendas familiares en el país disponían de acueducto como forma de abastecimiento de agua.

Así mismo, independientemente de la pertenecía social y étnica, los resultados encontrados en relación a la disposición de excretas en las viviendas, coinciden con el SISOV³⁸ que indicaban que 90.7% de las viviendas familiares en el país poseían el sistema de cloacas para la eliminación de excretas y aguas servidas para el año 2007.

En relación a los servicios de salud utilizados por la población, los resultados muestran que el 85,8% refirió utilizar la red asistencial de los servicios de salud dependientes del Estado Venezolano en sus diversas dependencias (Ministerio de Salud, IVSS, gobernaciones de Estado). Es necesario resaltar que de este porcentaje 13,2%, acude a la misión Barrio Adentro definido por el Ministerio del Poder Popular para la Salud como el elemento central y el foco principal de la política de Salud del Estado, desarrollada en el primer nivel de atención, a través de la estrategia de Atención Primaria, para dar respuesta a las necesidades de salud de la población, especialmente la más excluida³⁹.

El análisis tendencial del problema de la caries dental en Venezuela, necesariamente tiene que considerar los resultados del último estudio basal de prevalencia de caries y fluorosis dental⁴⁰, realizado en 1997 sobre una muestra de 4.462 niños escolarizados de 8 regiones político administrativas del país, los cuales indican que "la prevalencia de la enfermedad en dientes primarios se evidencia desde los 6 años con más de 3 dientes afectados.

El promedio CPO para los 8 años fue menor de un diente afectado, pero a los 12 años se ubicó en más del doble siendo a los quince años aproximadamente mayor de 5 dientes afectados".

Así mismo, el estudio citado revela que la proporción de personas con tres o más dientes afectados constituyeron el 50% de los individuos con historia de la enfermedad y que ésta aumenta en severidad desde los 12 años de 2.21 dientes afectados hasta los 15 años donde el CPO es mayor de 5. Finalmente, el estudio reporta que a los 12 años, la prevalencia de la enfermedad fue de 62% para dientes permanentes, constituyendo el componente cariado el 75% del índice.

Al analizar comparativamente los resultados de ambos estudios en las edades control, se observa lo siguiente: En 10 años, se evidencia una disminución significativa del índice CPO a los seis años. A los ocho años, ambos estudios reportan menos de un diente afectado por la caries. A los doce años, los datos revelan una disminución significativa en los valores del índice, más del 40%. 50% con respecto al promedio reportado por la OPS. A los quince años, el índice disminuyó en un 50% en diez años.

En este aparte, se citan estudios parciales realizados en algunas regiones de Venezuela, que contribuyen a orientar la discusión de las tendencias habidas en el país en relación a la caries dental.

Estudios realizados en la región zuliana por Méndez et al (1996)⁴¹, Morón et al (1998)⁴² y Zambrano (2000)⁴³ reportaron que aproximadamente el 38% de los escolares estaban libres de caries, encontrándose un promedio de dientes afectados por la enfermedad que variaba entre 2.5-3.0.

Resultados reportados por Morón et al (2004)⁴⁴ sobre estudio realizado en escolares (7-14 años) de dos zonas de la región nor-occi-

dental del país, indican una tasa porcentual de dientes enfermos por caries no tratada mayor del 60%.

Méndez y Caricote (2002-2003)⁴⁵ reportaron la prevalencia de caries dental en escolares de 6-12 años de edad del municipio Antolín del Campo, estado Nueva Esparta, donde destacan un índice CPO promedio de 1,66 de dientes afectados en la E.B. "Cruz Millán García" (El Salado), un 1,63 de dientes afectados en la E.B. "Dr. Luis Ortega" (El Tirano) y un 1,90 de dientes afectados en la E. B. "Dr. Cayetano García" (Manzanillo).

Montero M et al⁴⁶, es su estudio "Experiencia de caries y fluorosis dental en escolares que consumen agua con diferentes concentraciones de fluoruro en Maiquetía, estado Vargas, reporta que en la muestra seleccionada (niños de 8-12 años), los resultados revelaron un índice CPO promedio de 0.91 y un promedio total de dientes afectados por caries de 2.17, identificándose el componente cariado como el más elevado en ambas denticiones.

Señalan los autores, que aún cuando "no existen resultados nacionales reportados con los cuales se puedan establecer comparaciones en cuanto a los índices de caries, los estudios realizados por Gómez⁴⁷ y Rivera y col⁴⁰, reportan una tendencia a la disminución del índice CPO con ausencia de variaciones significativas en el índice ceo-d en los últimos 25 años, comportamiento que fue confirmado en este estudio".

Igualmente refieren "que la disminución observada en el índice CPO en la población escolarizada de Venezuela podría atribuirse principalmente al uso masivo de las cremas dentales fluoruradas, como ha sido reportado en otras investigaciones a nivel mundial, así como a la implementación de programas preventivos masivos".

Tal como se observa en los resultados de este estudio, es posible afirmar que Venezuela

alcanzó la meta establecida por la OPS para el año 2015⁴⁸, en lo relacionado con el índice CPO para las edades 12, 18 y 35-44 años, situación que viene a reforzar los señalamientos referidos por esta organización en reporte publicado en el año 2006, donde indica que en algunos países miembros de la región de las Américas, se ha producido una reducción considerable de los índices de caries dental, que oscila entre 35 y 85%, situación que la atribuye en gran parte a los programas nacionales de prevención mediante la fluorización del agua y la sal, el aumento de la conciencia acerca de la higiene bucodental y el mejoramiento de las prácticas de atención de salud bucodental. Señala sin embargo, que la carga de las enfermedades bucodentales es grave y sigue siendo alta en comparación con otras regiones del mundo.

Múltiples interrogantes pueden plantearse en relación al mejoramiento sustancial de los índices de caries en Venezuela, mas evidente en los niños y adolescentes, considerando que hace 10 años el estudio basal de caries y fluorosis, evidenció una situación equidistante de lo que hoy se presenta con respecto a este problema.

Varios pueden ser los elementos que expliquen el panorama de la epidemiología de la caries en el contexto actual: el efecto acumulativo de los programas de fluoración de la sal y agua de consumo, el uso masivo de las pastas dentales, los programas escolares de corte preventivo-educativo que vienen implementando el Ministerio de Salud, las alcaldías y gobernaciones a nivel de la población escolar y que en la mayoría de los casos se extiende a las madres jóvenes, el reforzamiento de la función social de las Facultades de Odontología del país, mayor acceso a la asistencia odontológica y número de venezolanos que utilizan los servicios de la misión barrio adentro, la incorporación de más de 3000 odontólogos de-

dicados a los servicios públicos (barrio adentro, misión sonrisa, programa barrio a barrio, sonrisa saludable) entre otros y el impacto de las campañas preventivas a nivel de los medios de comunicación masiva, impulsadas por las empresas transnacionales de las pastas dentales, en las cuales se destaca la importancia que se le da a la sonrisa en el marco de la belleza.

Como reflexión final, es necesario destacar que en el año 1997, la OPS⁴⁹ definió para las Américas la estrategia regional para la salud oral, sustentada en la puesta en práctica de métodos preventivos y el apoyo al esfuerzo de los gobiernos para fortalecer sus propios sistemas de atención.

En esta oportunidad, la escoge el índice CPO a los 12 años como el criterio principal que posibilita establecer comparaciones entre países y define las etapas de desarrollo de la salud oral: emergente CPO-12 mayor de 5, en crecimiento CPO-12 de 3 a 5 y en consolidación CPO-12 inferior a 3. Para ese entonces, 1999, según la publicación de la OPS, ya Venezuela estaba ubicado como un país en crecimiento.

Los resultados de este estudio, permiten señalar, que diez años después Venezuela se encuentra en una etapa de consolidación.

En relación al índice ceo, este estudio reporta un promedio nacional estimado en 1.28 para la población entre 5-12 años. A fines de visualizar su comportamiento con respecto a lo reportados por otros investigadores en el ámbito nacional e internacional, citaremos algunos datos relevantes: Chile, IV región, 2.32⁵⁰; Costa Rica, promedio nacional: 3.32⁵¹; Paraguay, 6-12 años: 4.8⁵²; Campeche, México, 3-6 años: >4⁵³; Colombia, indígenas amazonas, 5-6 años: 1.14, 10-12 años: 0.45⁵⁴; Venezuela, Maiquetía, 8-12 años: 1.88±2.06⁴⁶.

Al analizar las condiciones periodontales de la población estudiada, los resultados evi-

dencian que el 69.7% presentan una condición sana.

Los resultados de este estudio coinciden con lo reportado por la literatura sobre la estrecha correlación entre el índice de higiene bucal y las condiciones periodontales^{55,56}.

Tal como se ha señalado, en este momento las referencias estadísticas disponibles no permiten establecer patrones de comparación. Los datos disponibles corresponden a estudios nacionales y parciales realizados en diferentes ámbitos de América Latina, de los cuales se citan algunos con fines de visualizar algunas tendencias sobre las condiciones periodontales en algunos países.

El III estudio nacional de salud bucal realizado en Colombia, cuyos resultados fueron publicados por el Ministerio de Salud en 1999⁵⁷, señala que la proporción de personas con pérdida de inserción periodontal aumenta proporcionalmente con la edad y afecta a 32.8% de las personas entre 15 y 19 años y a 87% de 55 años y más.

Reporte realizado por Espinoza, Leticia⁵⁵, sobre estudio transversal realizado en el policlínico Moncada, la Habana, Cuba, especifica que el 61% de la población estudiada no presenta alteración de los tejidos periodontales y el 39% presenta algún tipo de alteración. Igualmente destaca que el grupo de edad mas afectado es el de 35=50 años, 58.1% seguido por el de 60 años, 32.7%.

Morón Alexis et al, en su artículo "Aportes al estudio de la epidemiología del Wayuu"², indica que más del 50% de la muestra estudiada presenta condiciones periodontales que ameritan algún tipo de tratamiento que va desde la enseñanza de una correcta higiene bucal, 25.6%, hasta la adicional intervención profesional mediante destartraje y curetaje radicular, 27.2%.

Estudio de morbilidad oral en niños escolares de una población de indígenas amazóni-

cos, realizado en Colombia⁵⁷, al referirse al índice de necesidades comunitarias de tratamiento periodontal, destacan la prevalencia por lo menos de un marcador periodontal en el 39.3% de los niños mayores de 7 años, con sangrado gingival en 9.5% y cálculos en 29.8%. Las necesidades de tratamiento periodontal correspondieron a TN0 = 58% (sano); TN1 = 9.5% (instrucciones de higiene oral) y TN2 = 29.8% (detartraje y profilaxis + instrucciones de higiene oral) (1).

Estudio realizado por Murcia Lordes⁵⁸ para determinar la situación de salud bucal de la población universitaria hondureña, al describir las manifestaciones y hallazgos clínicos bucales más frecuentes, destaca que las periodontopatías se presentan en un 45.0% y el sangrado de encías en un 29.2%. En relación al índice de higiene oral, el 72% tenía un índice de higiene oral aceptable y un 27.9 no adecuado.

Saliba Moimaz et al.⁵⁹, reporta en jóvenes y adultos brasileños el porcentual de sextantes saludables, con sangramiento y con cálculo dental, 78.4%, 8.07% y 13.33% respectivamente, en el grupo etario de 15-19 años. Explican que la pequeña ocurrencia de saco patológico moderado en los grupos etarios de 65-74 años, 1.15%, y de 75 y más años puede ser debido a la mayor prevalencia de sextantes excluidos.

El tercer estudio epidemiológico de salud bucodental en escolares andaluces⁶⁰, en sus resultados reporta que a los 7 años el 55% de los niños se encontraban sin ningún signo de enfermedad periodontal, porcentaje que pasa a ser del 40% a los 12 años y del 38% a los 14 años. Asimismo, refiere que aproximadamente un tercio de los escolares presentan sangrado gingival. La prevalencia de sarro fue estimada en un 1%, 24% y 28% a los 7, 12 y 14 años, respectivamente. El sexo solo influye a la edad de 12 años, observándose una mayor prevalencia de sujetos sanos en el sexo femenino, 44% versus 36% en varones.

Los hallazgos encontrados en este estudio, demuestran la importancia que tiene la higiene bucal y la educación en la disminución de la prevalencia de algunas patologías como la caries dental y la enfermedad periodontal. Se demuestra la correlación positiva que se da entre el nivel de higiene bucal con el mejoramiento en los índices de caries y periodontal comunitario, coincidiendo este señalamiento con lo reportado por estudios realizados en algunos países como Brasil⁵⁶ y Cuba⁵⁵.

Si comparamos los resultados de este estudio con respecto a las necesidades de prótesis, estudio realizado en Venezuela en el año 1996, en el cual fueron examinados 33.659 individuos en edades comprendidas entre los 30,0 y 39,9 años, reporta un 87,3% de personas déntulas, mientras que el 12,7% son edéntulas de la arcada superior, el 9,5%, de la inferior, el 0,5% y de ambas el 2,7%.

Los resultados de este estudio evidencian un 15.2% de personas afectadas por la fluorosis dental, estadísticas que no han variado significativamente para Venezuela en los últimos diez años, según lo reportado por Rivera y col⁴⁰, el cual indica una media nacional del 15,5% y una media para la región central de 21.20%.

Los resultados igualmente difieren con los resultados obtenidos en estudio nacional sobre fluorosis, realizado en Costa Rica⁵¹, donde se revela una prevalencia de fluorosis de esmalte de canino a canino de 16,8% de 12 años, "resultados que ubican a este país dentro de los niveles reportados en otros países que utilizan fluoruros por la vía sistémica para prevenir la caries dental: Venezuela 15,5%, Colombia 11,5%, Nicaragua 32%, Belice 33,7%, Panamá 20%, y Estados Unidos 22% (OPS/OMS)".

Tal como se devela de los resultados de la investigación etnográfica, en el estudio del perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas, se hacen recorridos que tienen como punto de partida sujetos en contexto y ese con-

texto, en la nación venezolana, ubica en un espacio específico, dispositivos creadores de lazos de parentesco que en algunos casos se engranan en mecanismos estructurales y de igual manera en dispositivos históricos.

Excluir la estructura o el proceso, es olvidar que el "complejo mito-rito" se afirma y reactualiza desde lo más antiguo y se transforma incorporando también lo más actual. Esto ocurre en las esferas públicas y privadas, pero sobre todo se verifica en el mundo cotidiano, de la historia construida al borde de la piel y transmitida como saber cultural articulante en lo social y aplicable en la práctica.

Desde los grupos domésticos se construyen accesos a la socioeconomía de los sistemas socioculturales, de manera que se acoge la noción de grupo doméstico afirmada en su plasticidad y en su cualidad activa de acomodación, es decir, su capacidad para ajustarse a las diversas realidades de la nación venezolana. La noción previamente referida, al contrario de diluirse, como lo expresa críticamente Hurtado¹⁵, al vincular los componentes sistematizados en el modelo teórico presentado, permeado por lo simbólico, se fortalece en las cualidades de la dimensión histórica como constituyente de la etnicidad.

En el estudio del perfil socio epidemiológico bucal de las etnias venezolanas, representaciones y prácticas han permitido un acercamiento a las visiones cruzadas que resultan de las miradas de unos y otros componentes de la nación venezolana, sus representaciones y concepciones culturales. También ha permitido al equipo multidisciplinario realizar un acceso a las referencias y datos cruzados entre unos y otros enfoques disciplinares. El aporte sustancial de esta experiencia está en la portentosa posibilidad de crear puentes entre lo que constituye la internidad sensible de las comunidades y parcialidades del país con los

senderos cuantificados de sus necesidades y aspiraciones.

Concluyendo, con el estudio realizado, no se pretende realizar una aproximación a las implicaciones de la matrifocalidad en las comprensiones que se avanzan en lo tocante al proceso salud enfermedad ni el parentesco se aborda desde el principio femenino o desde la matrisocialidad y sus implicaciones etnopsiquiátricas.

A modo de conclusión anticipada, es posible señalar que si bien se utilizó la categoría <<Afrodescendientes>> como definición y criterio de partida, para abordar a la población venezolana de origen africano, en el trabajo de campo etnográfico realizado para el proyecto, pudo constatar que dicha categoría no es validada por la población concernida, pues esta, sin negar su origen africano, se reconoce construyendo su identidad desde lo local. En tal sentido definen su adscripción como bobureños, chuspero, barloventeño, etc.

En atención a lo anterior, <<afrodescendientes>> se confirma como una categoría académica e institucionalmente impuesta.

En cuando al término <<Criollo>> este vocablo es parte del sistema sociocultural del venezolano, asociado a la etnogénesis de la nación, a la síntesis histórica de Venezuela.

En el caso <<Indígena>>, esta denominación se impone en la modernidad global a partir de la declaración de Pasquaro en 1945⁶¹ y se relegitima en 1992 cuando los pueblos originales asumen el término y lo reivindicaron como propio a partir de la declaración del decenio de los "pueblos indígenas del mundo", revisado y ratificado el 13 de Septiembre pasado⁶².

Conclusiones

- Al analizar los resultados obtenidos en relación a la pertenencia étnica se obser-

va que el 89.95% de la muestra se auto-reconoce criollo, 3.84% afro descendiente y 6.21% indígena.

- En relación al autorreconocimiento de clase social, el 61.7% de los núcleos de clase se auto-reconocen como clase media, el 29% como clase baja y el 0,6% como clase alta. El resto (8.7%) se identifica con niveles intermedios entre estas categorías. En la clase media, esta auto descripción, pudiera estar reflejando que estos grupos aun no hacen suficientemente visible expresiones que tiendan a afirmar la existencia de una conciencia de clase desarrollada, la cual, se expresa de diferentes maneras, pero que en esencia constituye la toma de conciencia de un grupo social por generar una unidad de clase que promueva la lucha por el bien que le es común.
- Sin embargo, el hecho de que el 65.4% de la población estudiada considere que el trabajo colectivo constituye la mejor manera de mejorar su condición de clase, evidencia una tendencia de importantes sectores de la población venezolana a comprender la necesidad de rescatar la participación comunitaria como una práctica en estado de recomposición, valorando positivamente la urgencia de una participación activa como potencial recurso para mejorar sus condiciones y calidad de vida. Tal es el caso de los consejos comunales y sus comités de trabajo entre ellos el de salud.
- La estructura de clase social determinada según la clasificación de Portes y Hoffman, fue la siguiente: clase capitalista 0,21%; ejecutiva 3.43%; trabajadores de elite 5.50%; pequeña burguesía 6.30%; proletariado formal no manual 22.64%; proletariado formal manual 11.15% y proletariado informal, 49.53% y trabaja-

dores indígenas, 1.24%. El mayor predominio de la clase social que labora en el sector informal sugiere para este grupo, niveles de ingresos insuficientes y la imposibilidad de su incorporación a los sistemas de protección laboral y social que garantizan los sectores formales de la economía.

- Con respecto a la inserción en el mercado ocupacional, según género, se pudo determinar en los núcleos de clase entrevistados (sostén principal del hogar), que el 73.1% de las mujeres y el 85.8% de los hombres se encuentran laborando en diferentes esferas de la vida productiva del país. Esta situación pudiera constituir un avance visto desde la perspectiva de las oportunidades que tiene la mujer en Venezuela, de insertarse en el mercado laboral, sin embargo, al adentrarnos a la estructura del empleo los resultados indicaron que solo un 39.53% posee trabajo fijo mientras el 32.81% trabaja por cuenta propia.
- El estudio evidenció que la mujer posee mejor instrucción educativa y mas específicamente en los niveles medio de la educación formal coincidiendo con lo reportado por el sistema integrado de indicadores sociales de Venezuela (SISOV), del Ministerio del Poder Popular para la Planificación y Desarrollo, el cual refiere "un sostenido incremento de los años de escolaridad en el sexo femenino desde finales de la década de los noventa". Los resultados muestran igualmente que el 11.77% de los núcleos de clase posee educación universitaria.
- En relación a los servicios de salud utilizados por la población, los resultados muestran que el 85,8% refirió utilizar la red asistencial de los servicios de salud dependientes del Estado Venezolano en sus diversas dependencias (Ministerio de

Salud, IVSS, gobernaciones de Estado). Es necesario resaltar que de este porcentaje, 13,2%, acude a la misión Barrio Adentro, definida por el Ministerio del Poder Popular para la Salud como el elemento central de la política de salud del estado venezolano, la cual es desarrollada en el primer nivel de atención, a través de la estrategia de atención primaria, para dar respuesta a las necesidades de salud de la población, especialmente la más excluida:

- Los resultados de este estudio permiten afirmar que Venezuela alcanzó la meta establecida por la OPS para el año 2015, en lo relacionado con el índice CPO para las edades 12, 18 y 35-44 años, situación que viene a reforzar los señalamientos referidos por esta organización en reporte publicado en el año 2006, donde indica que en algunos países miembros de la región de las Américas, se ha producido una reducción considerable de los índices de caries dental, que oscila entre 35 y 85%.
- Los indígenas constituyen la etnia que presenta el menor promedio de dientes afectados por la caries (CPO: 5.41). El CPO general en la muestra es de 6,89. Para el índice ceo, se reporta un promedio nacional estimado en 1.28 para la población entre 5-12 años.
- Varios pueden ser los elementos que expliquen el panorama de la epidemiología de la caries en el contexto actual venezolano: el efecto acumulativo de los programas de fluoración de la sal y agua de consumo, el uso masivo de las pastas dentales, los programas escolares de corte preventivo-educativo que vienen implementando el Ministerio de Salud, las alcaldías y gobernaciones a nivel de la población escolar y que en la mayoría de los casos se extiende a las madres jóvenes, el

reforzamiento de la función social de las Facultades de Odontología del país, mayor acceso a la asistencia odontológica y número de venezolanos que utilizan los servicios de la misión barrio adentro, la incorporación de más de 3000 odontólogos dedicados a los servicios públicos (barrio adentro, misión sonrisa, programa barrio a barrio, sonrisa saludable, entre otros) y el impacto de las campañas preventivas a nivel de los medios de comunicación masiva, impulsadas por las empresas transnacionales de las pastas dentales, en las cuales se destaca la importancia que se le da a la sonrisa en el marco de la belleza.

- 66.53% de la población estudiada, evidenció una condición periodontal sana. Los hallazgos encontrados en este estudio, demuestran la importancia que tiene la higiene bucal y la educación en la disminución de la prevalencia de algunas patologías como la caries dental y la enfermedad periodontal. Se demuestra la correlación positiva que se da entre el nivel de higiene bucal con el mejoramiento en los índices de caries y periodontal comunitario, coincidiendo este señalamiento con lo reportado por estudios realizados en algunos países como Brasil y Cuba.
- El 75.64% y el 75.58% no presentaron signos de disfunción temporomandibular en el lado derecho e izquierdo, respectivamente.
- El 68.49 % de las etnias presentó oclusión normal, siendo los trabajadores indígenas los que presentaron el porcentaje más elevado con esta condición (91.67%).
- El 83.90% de la muestra estudiada se encontraban libres de fluorosis. Los resultados de este estudio evidencian un 5.14% de personas afectadas por la fluorosis

dental, estadísticas que han variado significativamente para Venezuela en los últimos diez años, si se comparan con lo reportado por Rivera y col, el cual indica una media nacional del 15,5 % y una media para la región central de 21.20%.

- Con respecto a la evidencia etnográfica, el elemento inicial que se expresa, refiere la existencia de una representación, suficientemente homogénea y compartida por la generalidad de los interlocutores y es la que tiene que ver con respecto a la necesidad de incrementar la medicalización en general y la implantación de más espacios dedicados a la práctica de la odontología, tanto en su dimensión clínica, como en su dimensión educativa, preventiva y curativa. En este sentido, la población nacional, en sus diferentes etnias, representa la atención odontológica como una obligación del estado venezolano hacia la colectividad
- Los pueblos indígenas tienen una clara etnicidad y una poderosa autoconciencia de su indigenidad. En oposición a lo anterior, el trabajo etnográfico no verifica la categoría ni la expresión de etnicidad vinculada al constructo "*afrovenezolano*"; en este sentido el elemento cohesionador que se adhiere a las características fenotípicas de los pueblos negros para la construcción de un dispositivo étnico es el elemento locativo, la referencia a la espacialidad reconocida como propia y articuladora desde lo territorial como referente de lo propio, de modo que las representaciones del sí mismo y el ser colectivo así como las expresiones de auto adscripción se reflejan en expresiones como "*Nosotros somos barloventeños*".
- En lo que respecta a la población criolla, en los contextos urbanos y rurales, se asume una representación que respon-

de a la extendida teoría del "crisol de razas" ampliamente difundida por el sistema educativo nacional durante los últimos cincuenta años, lo cual genera una identidad étnica opaca y dispersa, fácilmente ajustable al contexto en el cual se requiera utilizar una identidad específica, recurriendo a cualquiera de los componentes de parentesco que constituyen los cuadros genealógicos de los interlocutores, de modo que se presentan escenarios en los cuales, con respecto a la salud bucal, algunos de los informantes refieren que la calidad de sus dientes deriva de sus antepasados negros, o de su abuela que venía de determinada población indígena.

Orientaciones estratégicas que emanan de los resultados del estudio

- Que la práctica odontológica, como parte de la práctica de salud, reafirme su función social y el trabajo articulado entre las instituciones prestadoras de servicios, las Facultades de Odontología del país, los gremios y la población organizada con fines de mantener y mejorar los niveles de salud bucal alcanzados en los últimos diez años.
- Promover la participación efectiva de las instituciones prestadoras de servicios, las universidades, el Gremio y la población organizada, en la planificación y desarrollo de programas y acciones tendentes a dar respuesta a las necesidades de salud bucal de la población, garantizando además los recursos necesarios para su ejecución.
- Mantener los programas de prevención masiva, como el uso de los fluoruros en sus diversas formas, en virtud del impacto que ha generado en Venezuela y en al-

gunos países de América Latina y definir como área prioritaria, la instauración de un sistema de monitoreo estratégico que se nutra de los estudios epidemiológicos que se realizan en el país y permita identificar las líneas de acción que se requieren para generar cambios sustanciales en los perfiles de salud-enfermedad de la población y en la práctica odontológica.

- Adecuar el modelo de atención, la infraestructura y el equipamiento de las instituciones de salud pública con fines de enfatizar prácticas educativas y preventivas en el abordaje de la salud bucal.
- Promover en cada una de las Facultades de Odontología del país, reformas en sus

modelos educativos fundamentados en una visión epistémica que fomente el intercambio de saberes y prácticas en búsqueda de la transdisciplinariedad, que reconozca la diversidad étnica y cultural de Venezuela con fines de abordar la problemática de la salud en el contexto del respeto hacia el otro, con diseños curriculares que contemplen ejes transversales que afirmen el aprendizaje sobre la base de la salud colectiva, de la salud y no de la enfermedad, de la ciencia y la técnica como herramientas para la transformación, entre otros.

Referencias

1. Breilh J. Epidemiología: economía, medicina y política. 3era. Ed. México, D.F. Fontamara. 1989.
2. Morón B; Alexis, Rivera V; Luis, Rojas de Rivera, Fanny, Pirona Maydé, Santana, Yrma, Suarez, Ivette, et al. Aportes al estudio de la epidemiología Bucal del Wayuu. OD online ene. 2004, vol. 1, No. 1.
3. Iriart Celia, Waitzkin Howard, Breilh Jaime, Estrada y Alfredo Emerson Elías Merhy. Medicina social latinoamericana: Aportes y desafíos Revista Panamericana Salud Publica. Pan Am J Public Health 12(2). 2002.
4. Breilh J. Componente de metodología: la construcción del pensamiento en medicina social. En: Franco S, Nunes E, Breilh J, Laurell AC, eds. Debates en Medicina Social. Quito: Organización Panamericana de la Salud. 1991.
5. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. IROA. Estudio epidemiológico del proceso salud-enfermedad en tres regiones típicas del Ecuador. Quito. Ecuador. 1983.
6. Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Estudio para la Planificación Integral de la Odontología (EPIO). Venezuela. 1972.
7. Corpozulia. Proyecto Venezuela. Estudio Nacional de crecimiento y desarrollo humano de la República de Venezuela. 1985.
8. Alexis, Vanegas William, Salazar Carmen. Estudio del perfil epidemiológico bucal en el área metropolitana del Distrito Maracaibo. Estado Zulia. Informe Final. Mimeógrafo. Venezuela. 1986.
9. Breilh Jaime. Epidemiología Crítica. Ciencia Emancipadora e intercultural. Lugar Editorial. Buenos Aires. Argentina. 2003.
10. Cárcamo Vásquez Héctor, y Henríquez Aste Guillermo. Estratificación social: una aproximación a su evolución en la región del bio-bio (1982-2002) Revista electrónica Ciencias Sociales. Online. Universidad de Viña del Mar Chile. Marzo 2007. Vol. IV, No. 1.
11. Marx Karl. El Capital. Critica a la economía política. Tomo I. Editorial FCE. México. 1987.

12. Sémbler Camilo. Estratificación social y clases sociales. Una revisión analítica de los sectores medios. División de Desarrollo Social. Naciones Unidas. División de Desarrollo Social de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). 2006.
13. Weber, Max: Economía y Sociedad, Ed. FCE, México, Pp 684,1982.
14. Wright Erik: Reflexionando, una vez más sobre el concepto de estructura de clases, en The debate on classes (comp.). Londres 1989.
15. Goldthorpe J. Social mobility and class structure in modern Britain, Clarendon Press, Oxford, 1980.
16. Portes, Alejandro y Hoffman, Kelly: Las estructuras de clase en América Latina: composición y cambios durante la época neoliberal, CEPAL. Serie Políticas Sociales, 2003, No 68.
17. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).Panorama Social de América Latina. 1999-2000.
18. Medina María Clara. Narrativas y representaciones de la identidad: Las clases sociales en los valles calchaquíes A fines del siglo XIX. Disponible en <http://hum.gu.se/institutionerromanskasprak/iberoamerikanskainstitutet/publikationer/anales/anales6/medina.pdf/download>.
19. García Gavidia Nelly. Procesos globalizadores y nuevas formas de ciudadanía en poblaciones wayuu urbana. Revista Cenipec. vol. 21. 2002.
20. D'Elia Yolanda, De Negri Armando, Huggins Castañeda Magally, Bazó Mauricio, Manuel. Estrategia de promoción de la calidad de vida. La construcción de políticas públicas por la calidad de vida desde una perspectiva de derecho y equidad. Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS).Agencia de Cooperación Alemana gtz. 2002.
21. López Aranguren. Revista Española de investigaciones sociológicas Año 1988. No. 44. Pág 51-77.
22. Atria. Raúl Estructura ocupacional, estructura social y clases sociales. CEPAL División de desarrollo social. Naciones Unidas. 2004.
23. López Arellano. Desigualdad, pobreza, inequidad y exclusión. Diferencias conceptuales e implicaciones para las políticas públicas. Disponible en www.paho.org/Spanish/DPM/SHD/HP/hp-xi-taller04-pres-lopez-arellano.pdf
24. Krieger N. Genders, sexes and health: what are the connections—and why does it matter? J Epidemiol Community Health 2003; Vol. 32: 652-7.
25. Paz Carmen. Sistema explicativo del proceso salud-enfermedad en niños Wayuu. Propuesta para la promoción de salud desde la interculturalidad. 2007. Universidad del Zulia. Ediciones del Vicerrectorado Académico. Colección Textos Universitarios.
26. Instituto Nacional de Estadística (INE). Censo de población y vivienda 2001. Caracas. Venezuela.
27. Organización mundial de la salud. Manual “Encuestas de Salud Bucodental. “Métodos Básicos”, cuarta edición, 1997.
28. López, Sanz R. Parentesco, clase y color en Venezuela. UCV. Caracas.
29. Hurtado Samuel. Matrisocialidad. Coediciones: Ediciones Facultad de Ciencias Económicas y Sociales. Universidad Central de Venezuela. 1era Edición.1998. Pp 340.
30. World medical association declaration of Helsinki. Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects, WMA General Assembly, Tokyo, October 2004. Disponible en: <http://www.wma.net/e/policy/b3.htm>
31. Ministerio del Poder popular para la Ciencia y la Tecnología. Códigos de bioética y bioseguridad. Disponible en miproyecto.gov.ve/anexos/bioetica.pdf

32. Ley Orgánica de Pueblos y Comunidades Indígenas. Gaceta Oficial número 38.344. Diciembre de 2005.
33. Comisión Económica para América Latina y el Caribe CEPAL. Martín Hopenhayn, Álvaro Bello, Francisca Miranda. Los pueblos indígenas y afrodescendientes ante el nuevo milenio. División de Desarrollo Social. Serie Políticas Sociales 118. Chile 2006.
34. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Panorama Social de América Latina. 2007. Capítulo I. Avances en la reducción de la pobreza y desafíos de cohesión social. Publicación de las Naciones Unidas. Mayo 2008.
35. Organización Internacional del Trabajo. OIT. Juventud y Género. Centro Interamericano para el desarrollo del conocimiento en la formación profesional. Disponible en: http://www.cinterfor.org.uy/public/spanish/region/ampro/cinterfor/temas/youth/jov_g/index.htm
36. Quintana Meléndez Paula. Estructura del empleo por género y análisis de la concentración del empleo femenino en el sector terciario. Estudio de Caso No. 67. Universidad de Chile. 2002. Disponible en http://guiagenero.mzc.org.es/GuiaGeneroCache/Pagina_Analisis_Genero_000064.html
37. Bonder Gloria. Mujer y Educación en América Latina: Hacia la igualdad de oportunidades Revista Iberoamericana de Educación 1994. Número 6. Género y Educación.
38. Ministerio del Poder popular para la Planificación. Sistema integrado de indicadores sociales. Disponible en <http://ww.sisov.mpd.gov.ve>
39. Ministerio del Poder Popular para la Salud. Disponible en www.mpps.gov.ve
40. Rivera, L., Acevedo, A., Núñez, A. Estudio Basal de Caries y Fluorosis Dental en niños escolarizados, Venezuela. Reporte final OPS/OMS, FO/LUZ, FO/UCV, MSAS, INN 1998.
41. Méndez Hernán. Estudio Nacional de Crecimiento y Desarrollo Humano de La República de Venezuela, estado Zulia, Tomo II, 1985. Caracas, Venezuela.
42. Morón Alexis, Zambrano Olga, Hernández Nelson, Navas Rita, Nava Soraya, José Contreras et al. Prevalencia de caries dental en escolares del Municipio Maracaibo. 1998. Volumen 36. No 3.
43. Zambrano Olga, Navas Rita, Hernández Nelson, Rivera Luis, Morón Alexis. Caries dental en niños preescolares: su relación con el estrato social y los cuidados de salud bucal. Investigación Odontológica. Vol. 1. 2000.
44. Morón Borjas Alexis, Rivera Velásquez Luís, Rojas de Rivera Fanny Caries dental y necesidades de tratamiento en escolares de dos zonas de la región nor-occidental de Venezuela. Revista MedULA. Facultad de Medicina. Universidad de los Andes. Disponible en <http://www.saber.ula.ve/medula/>
45. Méndes Doris, Caricote Nancy. Prevalencia de caries dental en escolares de 6 a 12 años de edad del Municipio Antolín del Campo, Estado Nueva Esparta, Venezuela (2002-2003). Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. Edición electrónica 2003. Disponible en www.ortodoncia.ws
46. Montero, Maglyner, Rojas-Sánchez, Fátima, Socorro, Mairobys, Torres José, Acevedo Ana. Experiencia de caries y fluorosis dental en escolares que consumen agua con diferentes concentraciones de fluoruro en Maiquetía, Estado Vargas, Venezuela. Invest. clín. [online]. mar. 2007, vol.48, no.1 [citado 20 Noviembre 2008], p.5-19. Disponible en la World Wide Web: <http://www.scielo.org.ve/scielo.php>
47. Gómez E. Prevalencia de caries en niños escolarizados en Venezuela. División de Salud Oral, MSDS, UCV. 1984.

48. Organización de las Naciones Unidas. Objetivos de desarrollo del milenio. Cumbre del milenio. Septiembre 2000. Nueva York. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Disponible en <http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/>
49. OPS/CDA/FDI. Reunión Regional de Jefes de Salud Oral. 93 Congreso Mundial de la Federación Dental Internacional, Sesión de Salud Pública. Estrategia de Salud Oral y Plan de Acción de la OPS 2005 - 2015.
50. Montaña María. Estudio epidemiológico de caries según índices C.O.P.D. y c.e.o.d. en escolares de la comuna de Punitaqui, IV Región. *Rev dental Chile*. 1993. 84(3):136-40.
51. Salas Mary Tere, Solorzano Ivania, Chavarria Patricia. Encuesta Nacional de Salud oral. *Caries Dental*. 1999. Ministério de Salud. Instituto Costarricense de investigación y enseñanza em nutrición y salud 2001. Caja Costarricense de Seguro Social. Organización Panamericana de la Salud. Documento Técnico No. 6.
52. Medina Gloria, Rabelo Márlia, María de Andrade. Evaluación de Fluorosis Dentaria en escolares de Asunción, Paraguay: Impacto de posibles factores de riesgo. *Revista Pediatría*. 2003. Órgano Oficial de la Sociedad Paraguaya de Pediatría Vol. 30(1).
53. Segovia-Villanueva América, Estrella-Rodríguez Ramón, Medina-Solís Carlo Eduardo, Maupomé Gerardo. Severidad de caries y factores asociados en preescolares de 3-6 años de edad en Campeche, México. *Rev. salud pública [serial on the Internet]*. 2005 Mar [cited 2008 Nov 21]; 7(1): 56-69. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642005000100005&lng=en. doi: 10.1590/S0124-00642005000100005.
54. Triana Francia, Rivera Sandra, Soto Libia, Bedoya Antonio. Estudio de morbilidad oral en niños escolares de una población de indígenas amazónicos. *Colombia Medica* 2005. Vol. 36 N° 4 (Supl 3).
55. González Espinosa Leticia. Estado de Salud bucal del Consultorio 103-1 del Policlínico "Héroes del Moncada". 1999-2001. *Rev Cubana Estomatol* 2004; 41(3).
56. Projeto SB. Brasil. Condições de saúde bucal de população Brasileira. Resultados Principais. 2002-2003.
57. Ministerio de Salud. Republica de Colombia. Discusión General de Promoción y Prevención. III Estudio Nacional de Salud bucal y II. Estudio de factores de riesgo de las enfermedades crónicas. Bogotá. 1999. P 69-153.
58. Murcia Lourdes. Salud bucal en Escolares del Centro Experimental de la Universidad Autónoma de Honduras. 2005. Disponible en www.Postgrado.unah.edu.hn/sitios/postgrado/ofertaacademica/maestrias/.../salud%20bucal%20en%20escolares.pdf
59. Saliba Suzely, Nemre Saliba, Iper Artenio, Saliba Orlando, Takeda Ricardo, Dosantos Karina. Condiciones Periodontales y características socioeconómicas de jóvenes y adultos brasileños. *Revista Acta Odontológica Venezolana*. 2008. Vol 46 No. 2
60. Llodra Juan, Moreno Antonio, Bravo Manuel, Bravo Cristina, Gonzalez Maria Ceballos Laura et al.. III Estudio Epidemiológico de salud bucodental em escolares andaluces. 2001. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Disponible em www.junta.deandalucia.es/averroes/publicaciones/programas_y_actuaciones/sonreir01.pdf
61. Comisión Nacional para el Desarrollo de los pueblos indígenas. Declaración de Patzcuaro sobre el derecho a la lengua. Disponible en: <http://www.cdi.gob.mx>
62. Naciones Unidas. Proyecto de Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las poblaciones Indígenas. Julio 1993. Disponible en www.cinu.org.mx/temas/ind/dec.htm

LISTA DE TABLAS

Tabla 1

Comunidades indígenas abordadas por estado.

Tabla 2

Comunidades afrodescendientes consideradas según estado y localidad.

Tabla 3

Distribución de los núcleos de clase según auto reconocimiento de clase social.

Tabla 4

Distribución de los núcleos de clase según sentimiento de pertenencia de clase social.

Tabla 5

Distribución de los núcleos de clase según sentimiento de procedencia de clase social.

Tabla 6

Distribución de los núcleos de clase según auto reconocimiento étnico.

Tabla 7

Distribución de los núcleos de clase según estructura de clase social.

Tabla 8

Distribución de los núcleos de clase según clase social y etnia.

Tabla 9

Distribución de los núcleos de clase según clase social y región.

Tablas 10 A - C

Distribución de los núcleos de clase según clase social, etnia y región.

Tablas 11 A - C

Distribución de los núcleos de clase según clase social, etnia y edad.

Tabla 12

Distribución de los núcleos de clase según ingreso y etnia.

*Tabla 13**Distribución de los núcleos de clase según género y región.**Tabla 14**Distribución de los núcleos de clase según género y categoría ocupacional.**Tabla 15**Distribución de los núcleos de clase según género y rama de la actividad económica.**Tabla 16**Distribución de los núcleos de clase según género e ingreso mensual.**Tabla 17**Distribución de los núcleos de clase según género y nivel instruccional.**Tabla 18**Distribución porcentual de las clases sociales según forma de abastecimiento de agua.**Tabla 19**Distribución porcentual de las regiones según forma de disposición de excretas.**Tabla 20**Distribución porcentual de las etnias según forma de disposición de excretas.**Tabla 21**Distribución porcentual de los servicios de salud utilizados con mayor frecuencia. Venezuela, 2008.**Tabla 22**Valores del índice CPO según etnia.**Tabla 23**Valores del índice CPO según edad. Población de 5 a 12 años.**Tabla 24**Valores del índice CPO según grupo de edad.**Tabla 25**Valores del índice CPO según grupo de edad y etnia.*

Tabla 26

Valores del índice CPO según región y etnia.

Tabla 27

Valores del índice CPO según género y etnia.

Tabla 28

Distribución de individuos sanos y afectados por la caries dental según grupo de edad.

Tabla 29

Distribución de individuos sanos y afectados por la caries dental según género.

Tabla 30

Distribución de individuos sanos y afectados por la caries dental según región.

Tabla 31

Valores del índice CPO según clase social.

Tabla 32

Promedio de dientes cariados según clase social.

Tabla 33

Promedio de dientes perdidos según clase social.

Tabla 34

Promedio de dientes obturados según clase social.

Tabla 35

Valores del índice ceo según género y etnia.

Tabla 36

Valores del índice ceo según edad y etnia. Población de 5 a 12 años.

Tabla 37

Valores del índice ceo según clase social y edad. Población de 5 a 12 años.

Tabla 38

Valores del índice ceo según clase social y género. Población de 5 a 12 años.

*Tabla 39**Valores del índice ceo según edad y género. Población de 5 a 12 años.**Tabla 40**Valores del índice ceo según región. Población de 5 a 12 años.**Tabla 41**Condición periodontal según etnia.**Tabla 42**Condición periodontal según etnia.**Tabla 43**Condición periodontal según género.**Tabla 44**Condición periodontal según género.**Tablas 45 - 46**Condición periodontal según grupo de edad.**Tablas 47 - 48**Condición periodontal según región**Tablas 49 - 50**Condición periodontal según clase social.**Tabla 51**Índice de Higiene Bucal Simplificado (IHB-S)**Índice de placa según grupo de edad y etnia.**Tabla 52**Índice de Higiene Bucal Simplificado (IHB-S)**Índice de cálculo según grupo de edad y etnia.**Tabla 53**Índice de Higiene Bucal Simplificado (IHB-S)**Índice de placa según género y etnia.*

Tabla 54

*Índice de Higiene Bucal Simplificado (IHB-S)
Índice de cálculo según género y etnia.*

Tabla 55

*Índice de Higiene Bucal Simplificado (IHB-S)
Índice de placa según región y etnia.*

Tabla 56

*Índice de Higiene Bucal Simplificado (IHBS)
Índice de cálculo según región y etnia.*

Tabla 57

Distribución de la población estudiada según uso y necesidades de prótesis superior y etnia. Población de 15 a 75 años y más.

Tabla 58

Distribución de la población estudiada según uso y necesidades de prótesis inferior y etnia. Población de 15 a 75 años y más.

Tabla 59

Distribución de la población estudiada según uso y necesidades de prótesis superior y género. Población de 15 a 75 años y más.

Tabla 60

Distribución de la población estudiada según uso y necesidades de prótesis inferior y género. Población de 15 a 75 años y más.

Tabla 61

Distribución de la población estudiada según uso y necesidades de prótesis superior y región. Población de 15 a 75 años y más.

Tabla 62

Distribución de la población estudiada según uso y necesidades de prótesis inferior y región. Población de 15 a 75 años y más.

Tabla 63

Distribución de la población estudiada según tipo de prótesis superior requerida y región. Población de 15 a 75 años y más.

Tabla 64

Distribución de la población estudiada según tipo de prótesis inferior requerida y región. Población de 15 a 75 años y más.

Tabla 65

Distribución de la población estudiada según tipo de prótesis superior requerida y etnia. Población de 15 a 75 años y más.

Tabla 66

Distribución de la población estudiada según tipo de prótesis inferior requerida y etnia. Población de 15 a 75 años y más.

Tabla 67

Distribución de la población estudiada según tipo de prótesis superior requerida y género. Población de 15 a 75 años y más.

Tabla 68

Distribución de la población estudiada según tipo de prótesis inferior requerida y género. Población de 15 a 75 años y más.

Tabla 69

Distribución de la población estudiada según uso y necesidades de prótesis superior y clase social. Población de 15 a 75 años y más.

Tabla 70

Distribución de la población estudiada según uso y necesidades de prótesis inferior y clase social. Población de 15 a 75 años y más.

Tabla 71

Distribución de la población estudiada según tipo de prótesis superior requerida y clase social. Población de 15 a 75 años y más.

Tabla 72

Distribución de la población estudiada según tipo de prótesis inferior requerida y clase social. Población de 15 a 75 años y más.

Tabla 73

Prevalencia de fluorosis dental según etnia.

Tabla 74

Prevalencia de fluorosis dental según clase social.

Tabla 75

Prevalencia de fluorosis dental según género.

Tabla 76

Prevalencia de fluorosis dental según región.

Tabla 77

Estado de la oclusión según clase social. Población de 12 a 18 años.

Tabla 78

*Signos de la articulación temporomaxilar (lado derecho) según género.
Población de 15 a 75 años y más.*

Tabla 79

*Signos de la articulación temporomaxilar (lado izquierdo) según género.
Población de 15 a 75 años y más.*

Tabla 80

*Síntomas de la articulación temporomaxilar (lado derecho) según género.
Población de 15 a 75 años y más.*

Tabla 81

*Síntomas de la articulación temporomaxilar (lado izquierdo) según género.
Población de 15 a 75 años y más.*

Tabla 82

*Signos de la articulación temporomaxilar (lado derecho) según etnia.
Población de 15 a 75 años y más.*

Tabla 83

*Signos de la articulación temporomaxilar (lado izquierdo) según etnia.
Población de 15 a 75 años y más.*

*Tabla 84**Síntomas de la articulación temporomaxilar (lado derecho) según etnia.**Población de 15 a 75 años y más.**Tabla 85**Síntomas de la articulación temporomaxilar (lado izquierdo) según etnia.**Población de 15 a 75 años y más.**Tabla 86**Síntomas de la articulación temporomaxilar (lado derecho) según región.**Población de 15 a 75 años y más.**Tabla 87**Síntomas de la articulación temporomaxilar (lado izquierdo) según región.**Población de 15 a 75 años y más.*

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1

Servicios de salud utilizados con mayor frecuencia

Gráfico 2

Relación de pacientes remitidos y voluntarios

Gráfico 3

Edad media de pacientes atendidos según comunidades

Gráfico 4

Pacientes atendidos según indicación ART.

Tabla 1. Comunidades indígenas abordadas por estado. Venezuela. 2008

Estado	Comunidades indígenas		
Amazonas	Baniva	Nengatú	Warekena
	Baré	Piaroa	Wotjuja
	Cubeo	Puinave	Yanomami
	Hoti	Sáliva	Yanomami Puinave
	Jivi(Guajibo)	Sánema	Ye'Kuana Mako
	Kurripaco	Yabarana	
Anzoátegui	Cumanagoto	Kari'Ñas	
Apure	Cuiba	Pumé (Yaruro)	
	Jiví (Guajibo)	Tunebo	
Bolívar	Akawaio	Hoti	Sape
	Akawaio	Hoti	Uruak (Arutani)
	Arawak	kari'ña	Wanai (Mapoyo)
	Arawak	Pemón	Wotjuja
	Eñepa (Panare)	Piaroa	Ye'kuana
	Eñepa (Panare)	Sánema Uruak (Arutani)	
Delta Amacuro	Arauco	Warao	
Sucre	Chaima	Warao	
Monagas	Chaima	Kari'ña	Warao
Mérida	Timotocuicas		
Nueva Esparta	Guaiqueries		
Zulia	Añu (Paraujano)	Japreira	Yukpa
	Barí	Wayuu (Guajiro)	

Tabla 2. Comunidades afrodescendientes consideradas según estado y localidad.
Venezuela. 2008.

Estado	Localidades
Miranda	Pueblo Nuevo Caraquitas Agua Clara Cúpira Gual
Vargas	Chuspa Aricagua La sabana Todasana Osma
Aragua	Birongo Choroní Cata Cepe Chuao Cuyagua Ocumare de la Costa
Yaracuy	Farriar Palmarejo Aguas Negras
Zulia	Bobures Santa María El Batey Gibraltar San José de Heras
Bolívar	El Callao
Sucre	Cariaco Campoma
Falcón	La Vela Macuquita

Tabla 3. Distribución de los núcleos de clase según auto reconocimiento de clase social. Venezuela. 2008.

Auto reconocimiento de clase Social	Total	
	Núcleos de clase	%
Alta	115	0,6
Media	10859	61,7
Baja	5097	29,0
Otra	1540	8,7
Total	17611	100,00

Fuente: Perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas.

Tabla 4. Distribución de los núcleos de clase según sentimiento de pertenencia de clase social. Venezuela. 2008.

Sentimiento de pertenencia	Total	
	Núcleos de clase	%
Sí	16730	95
No	511	2,9
No respondió	370	1,9
Total	17611	100,00

Fuente: Perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas.

Tabla 5. Distribución de los núcleos de clase según sentimiento de procedencia de clase social. Venezuela. 2008.

Sentimiento de procedencia	Sí		No		Total	
	Núcleos de clase	%	Núcleos de clase	%	Núcleos de clase	%
Alta	87	75,6	28	24,4	115	100
Media	9122	84,0	1737	16,0	10859	100
Baja	4256	83,5	841	16,5	5097	100

Fuente: Perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas.

Tabla 6. Distribución de los núcleos de clase según auto reconocimiento étnico. Venezuela. 2008.

Auto reconocimiento étnico	Total	
	Núcleos de clase	%
Criollos	15841	89.95
Afrodescendientes	676	3.84
Indígenas	1094	6.21
Total	17611	100,00

Fuente: Perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas.

Tabla 7. Distribución de los núcleos de clase según estructura de clase social. Venezuela. 2008.

Estructura de clase social	Total	
	Núcleos de clase	%
Capitalistas	37	0.21
Ejecutivos	604	3.43
Trabajadores de élite	969	5.50
Pequeña burguesía	1109	6.30
Proletario formal no manual	3988	22.64
Proletario formal manual	1963	11.15
Proletario informal	8722	49.53
Trabajadores indígenas	219	1.24
Total	17611	100,00

Fuente: Perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas.

Tabla 8. Distribución de los núcleos de clase según clase social y etnia. Venezuela. 2008.

Clase social	Etnia						Total	
	Criollos		Afrodescendientes		Indígenas		Núcleos de clase	%
	n	%	n	%	n	%		
Capitalistas	33	0,21	3	0,44	1	0,09	37	0,21
Ejecutivos	565	3,57	22	3,25	17	1,55	604	3,43
Trabajadores de élite	920	5,81	33	4,88	16	1,46	969	5,50
Pequeña burguesía	1000	6,31	43	6,36	66	6,03	1109	6,30
Proletario formal no manual	3706	23,39	155	22,93	127	11,61	3988	22,64
Proletario formal manual	1751	11,05	83	12,28	129	11,79	1963	11,15
Proletario informal	7866	49,66	337	49,85	519	47,44	8722	49,53
Trabajadores indígenas	0	0,00	0	0,00	219	20,02	219	1,24
Total	15841	100,00	676	100,00	1094	100,00	17611	100,00

Fuente: Perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas.

Tabla 9. Distribución de los núcleos de clase según clase social y región. Venezuela. 2008.

Clase social	Región												Total	
	Central		Guayana		Oriental		Los Llanos		Centro occidental		Occidental			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Capitalistas	15	0,30	2	0,16	3	0,18	0	0,00	7	0,24	10	0,19	37	0,21
Ejecutivos	196	3,93	24	1,92	52	3,05	47	2,99	82	2,83	203	3,91	604	3,43
Trabajadores de élite	304	6,09	39	3,12	86	5,04	99	6,30	139	4,79	302	5,82	969	5,50
Pequeña burguesía	354	7,09	88	7,05	98	5,74	71	4,52	160	5,52	338	6,51	1109	6,30
Proletario formal no manual	1200	24,04	183	14,65	451	26,42	345	21,95	690	23,78	1119	21,56	3988	22,64
Proletario formal manual	574	11,50	142	11,37	204	11,95	153	9,73	338	11,65	552	10,64	1963	11,15
Proletario informal	2349	47,06	592	47,40	813	47,63	857	54,52	1485	51,19	2626	50,60	8722	49,53
Trabajadores indígenas	0	0,00	179	14,33	0	0,00	0	0,00	0	0,00	40	0,77	219	1,24
Total	4992	100,0	1249	100,0	1707	100,0	1572	100,0	2901	100,0	5190	100,0	17611	100,00

Fuente: Perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas.

Tabla 10 A. Distribución de los núcleos de clase según clase social y región.
Etnia: Criollos. Venezuela. 2008.

Clase social	Región											
	Central		Guayana		Los Llanos		Centro occidental		Occidental		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Capitalistas	14	0,31	2	0,33	0	0,00	4	0,14	10	0,21	33	0,21
Ejecutivos	183	4,01	21	3,51	45	2,94	78	2,79	189	3,98	565	3,57
Trabajadores de élite	286	6,27	33	5,52	96	6,27	133	4,76	292	6,16	920	5,81
Pequeña burguesía	327	7,17	38	6,35	68	4,44	154	5,51	318	6,70	1000	6,31
Proletario formal no manual	1106	24,25	140	23,41	339	22,13	665	23,80	1031	21,74	3706	23,39
Proletario formal manual	515	11,29	67	11,20	152	9,92	327	11,70	497	10,48	1751	11,05
Proletario informal	2129	46,69	297	49,67	832	54,31	1433	51,29	2406	50,73	7866	49,66
Total	4560	100,0	598	100,0	1532	100,0	2794	100,0	4743	100,0	15841	100,00

Fuente: Perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas.

Tabla 10 B. Distribución de los núcleos de clase según clase social y región.
Etnia: Afrodescendientes. Venezuela. 2008.

Clase social	Región													
	Central		Guayana		Oriental		Los Llanos		Centro occidental		Occidental		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Capitalistas	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3	3,53	0	0,00	3	0,44
Ejecutivos	9	2,57	0	0,00	2	2,60	1	3,85	2	2,35	8	6,78	22	3,25
Trabajadores de élite	13	3,71	1	5,00	5	6,49	3	11,54	6	7,06	5	4,24	33	4,88
Pequeña burguesía	23	6,57	4	20,00	3	3,90	3	11,54	5	5,88	5	4,24	43	6,36
Proletario formal no manual	80	22,86	4	20,00	18	23,38	5	19,23	19	22,35	29	24,58	155	22,93
Proletario formal manual	43	12,29	3	15,00	8	10,39	1	3,85	9	10,59	19	16,10	83	12,28
Proletario informal	182	52,00	8	40,00	41	53,25	13	50,00	41	48,24	52	44,07	337	49,85
Total	350	100,0	20	100,0	77	100,0	26	100,0	85	100,0	118	100,0	676	100,0

Fuente: Perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas.

Tabla 10 C. Distribución de los núcleos de clase según clase social y región.
Etnia: Indígenas. Venezuela. 2008.

Clase social	Región												Total			
	Central			Guayana			Los Llanos			Centro occidental				Occidental		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		n	%	n
Capitalistas	1	1,22	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,09
Ejecutivos	4	4,88	3	0,48	1	6,25	1	7,14	2	9,09	6	1,82	17	1,55		
Trabajadores de élite	5	6,10	5	0,79	1	6,25	0	0,00	0	0,00	5	1,52	16	1,46		
Pequeña burguesía	4	4,88	46	7,29	0	0,00	0	0,00	1	4,55	15	4,56	66	6,03		
Proletario formal no manual	14	17,07	39	6,18	8	50,00	1	7,14	6	27,27	59	17,93	127	11,61		
Proletario formal manual	16	19,51	72	11,41	3	18,75	0	0,00	2	9,09	36	10,94	129	11,79		
Proletario informal	38	46,34	287	45,48	3	18,75	12	85,71	11	50,00	168	51,06	519	47,44		
Trabajadores indígenas	0	0,00	179	28,37	0	0,00	0	0,00	0	0,00	40	12,16	219	20,02		
Total	82	100,0	631	100,0	16	100,0	14	100,0	22	100,0	329	100,0	1094	100,00		

Fuente: Perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas.

Tabla 11 A. Distribución de los núcleos de clase según clase social y edad.
Etnia: Criollos. Venezuela. 2008.

Clase social	Edad												Total	
	Menor de 20 años		20 a 29 años		30 a 39 años		40 a 49 años		50 a 64 años		65 y más			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Capitalistas	0	0,00	3	0,17	9	0,25	7	0,18	13	0,30	1	0,05	33	0,21
Ejecutivos	0	0,00	51	2,84	150	4,08	137	3,48	154	3,56	73	3,74	565	3,57
Trabajadores de élite	0	0,00	68	3,79	201	5,47	260	6,60	286	6,61	104	5,33	920	5,81
Pequeña burguesía	4	2,55	79	4,40	226	6,15	272	6,91	305	7,04	115	5,90	1000	6,31
Proletario formal no manual	28	17,83	480	26,76	931	25,35	912	23,16	955	22,06	400	20,51	3706	23,39
Proletario formal manual	11	7,01	238	13,27	441	12,01	435	11,05	392	9,05	234	12,00	1751	11,05
Proletario informal	114	72,61	875	48,77	1714	46,68	1915	48,63	2225	51,39	1023	52,46	7866	49,66
Total	157	100,0	1794	100,0	3672	100,0	3938	100,0	4330	100,0	1950	100,0	15841	100,00

Fuente: Perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas.

Tabla 11 B. Distribución de los núcleos de clase según clase social y edad.
Etnia: Afrodescendientes. Venezuela. 2008.

Clase social	Edad												Total	
	Menor de 20 años		20 a 29 años		30 a 39 años		40 a 49 años		50 a 64 años		65 y más			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Capitalistas	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3	3,80	3	0,44
Ejecutivos	0	0,00	1	1,16	2	1,40	6	3,53	7	3,61	6	7,59	22	3,25
Trabajadores de élite	0	0,00	3	3,49	10	6,99	10	5,88	9	4,64	1	1,27	33	4,88
Pequeña burguesía	0	0,00	2	2,33	7	4,90	19	11,18	11	5,67	4	5,06	43	6,36
Proletario formal no manual	0	0,00	17	19,77	30	20,98	39	22,94	54	27,84	15	18,99	155	22,93
Proletario formal manual	1	25,00	11	12,79	20	13,99	14	8,24	26	13,40	11	13,92	83	12,28
Proletario informal	3	75,00	52	60,47	74	51,75	82	48,24	87	44,85	39	49,37	337	49,85
Total	4	100,0	86	100,0	143	100,0	170	100,0	194	100,0	79	100,0	676	100,00

Fuente: Perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas.

Tabla 11 C. Distribución de los núcleos de clase según clase social y edad. Etnia: Indígenas. Venezuela. 2008.

Clase social	Edad												Total	
	Menor de 20 años		20 a 29 años		30 a 39 años		40 a 49 años		50 a 64 años		65 y más		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Capitalistas	0	0,00	0	0,00	1	0,54	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,09
Ejecutivos	0	0,00	0	0,00	5	2,69	3	1,97	7	4,24	2	0,43	17	1,55
Trabajadores de élite	0	0,00	3	2,46	3	1,61	3	1,97	6	3,64	1	0,22	16	1,46
Pequeña burguesía	1	12,50	5	4,10	12	6,45	10	6,58	16	9,70	22	4,77	66	6,03
Proletario formal no manual	0	0,00	27	22,13	36	19,35	29	19,08	22	13,33	13	2,82	127	11,61
Proletario formal manual	0	0,00	16	13,11	23	12,37	24	15,79	18	10,91	48	10,41	129	11,79
Proletario informal	7	87,50	61	50,00	94	50,54	74	48,68	88	53,33	195	42,30	519	47,44
Trabajadores indígenas	0	0,00	10	8,20	12	6,45	9	5,92	8	4,85	180	39,05	219	20,02
Total	8	100,0	122	100,0	186	100,0	152	100,0	165	100,0	461	100,0	1094	100,00

Fuente: Perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas.

Tabla 12. Distribución de los núcleos de clase según ingreso y etnia. Venezuela. 2008.

Ingreso mensual	Etnia						Total	
	Criollos		Afrodescendientes		Indígenas			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Menos de un salario mínimo	1902	11,77	86	12,24	207	48,91	2234	13,96
Un salario mínimo	6203	39,62	244	36,12	241	24,06	6832	38,54
Menos de dos salarios mínimos	3699	24,23	194	18,58	112	10,17	4107	23,58
Dos salarios mínimos	1664	10,63	64	5,18	35	4,08	1783	9,94
Menos de tres salarios mínimos	443	2,09	27	1,92	13	1,55	493	2,23
Tres salarios mínimos	581	4,55	11	0,70	9	0,42	615	4,17
Cuatro o más salarios mínimos	367	2,15	11	1,14	12	0,62	397	2,02
Otro	469	4,03	34	23,68	55	9,20	574	4,95
No declarado	158	0,93	5	0,44	11	0,99	181	0,93
Total	15486	100,00	676	100,00	695	100,00	17216	100,00

Fuente: Perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas.

Tabla 13. Distribución de los núcleos de clase según género y región. Venezuela. 2008.

Género	Región													
	Central		Guayana		Oriental		Los Llanos		Centro occidental		Occidental		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Femenino	2000	40,06	280	22,42	731	42,82	634	40,33	1311	45,19	2021	38,94	6977	39,62
Masculino	2992	59,94	969	77,58	976	57,18	938	59,67	1590	54,81	3169	61,06	10634	60,38
<i>Total</i>	4992	100,0	1249	100,0	1707	100,0	1572	100,0	2901	100,0	5190	100,0	17611	100,00

Fuente: Perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas.

Tabla 14. Distribución de los núcleos de clase según género y categoría ocupacional. Venezuela. 2008.

Categoría ocupacional	Género				Total	
	Femenino		Masculino			
	n	%	n	%	n	%
Fijo (a)	3385	44,57	4813	36,85	860	39,53
Contratado (a)	587	13,45	1219	16,58	1806	15,5
Ocasional	300	5,23	388	4,23	688	4,58
Trabajando por cuenta propia	1863	28,36	3548	35,17	5411	32,81
Empleador - patrón (a)	87	0,93	175	1,82	262	1,51
Miembro de cooperativa	31	0,68	76	0,9	107	0,83
Ayudante familiar no remunerado	32	0,39	5	0,02	37	0,15
Servicio doméstico	211	3,01	31	0,76	242	1,54
No declarado	481	3,37	379	3,66	860	3,56
Total	6977	100,00	10634	100,00	17611	100,00

Fuente: Perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas.

Tabla 15. Distribución de los núcleos de clase según género y rama de la actividad económica. Venezuela. 2008.

Rama de la actividad económica	Género				Total	
	Femenino		Masculino			
	n	%	n	%	n	%
Sector primario	140	1,69	1288	17,40	1428	6,04
Sector secundario	297	2,93	1931	14,63	2228	6,08
Sector terciario	5493	73,35	6272	57,33	11765	77,38
No bien definido	296	2,98	439	2,93	735	10,5
Total	6977	100,00	10634	100,00	17611	100,00

Fuente: Perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas.

Tabla 16. Distribución de los núcleos de clase según género e ingreso mensual. Venezuela. 2008.

Ingreso mensual	Género					
	Femenino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Menos de un salario mínimo	1221	17,03	1013	9,70	2234	12,69
Un salario mínimo	2904	40,5	3928	37,61	6832	38,79
Menos de dos salarios mínimos	1434	20	2673	25,6	4107	23,32
Dos salarios mínimos	634	8,84	1149	11	1783	10,12
Menos de tres salarios mínimos	169	2,36	324	3,10	493	2,8
Tres salarios mínimos	218	3,04	397	3,80	615	3,5
Cuatro o más salarios mínimos	97	1,35	300	2,87	397	2,25
Otro	230	3,2	344	3,29	574	3,26
No declarado	262	3,68	314	3,03	576	3,27
Total	6977	100,00	10634	100,00	17611	100,00

Fuente: Perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas.

Tabla 17. Distribución de los núcleos de clase según género y nivel instruccional. Venezuela. 2008.

Nivel Instruccional	Género					
	Femenino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Postgrado	124	1,28	113	0,67	237	0,9
Universitaria	1119	13,91	1013	10,45	2132	11,77
Técnico superior	513	8,16	763	7,37	1276	7,67
Secundaria completa	1812	31,74	2554	21	4366	25,1
Secundaria incompleta	1344	17,42	2375	22,39	3719	20,49
Primaria incompleta	1184	14,43	2119	16,15	3303	15,49
Primaria completa	589	9,61	990	9,26	1579	9,39
Alfabeta	66	0,87	161	2,28	227	1,74
Analfabeta	126	1,54	220	3,81	346	2,95
No declarado	100	1,04	326	6,62	426	4,49
Total	6977	100,00	10634	100,00	17611	100,00

Fuente: Perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas.

Tabla 18. Distribución porcentual de las clases sociales según forma de abastecimiento de agua. Venezuela. 2008.

Clase social	Abastecimiento de agua					Total
	Acueducto	Camión cisterna	Pila pública	Otro	No declarada	
Capitalistas	95,75	4,25	0	0	0	100,00
Ejecutivos	95,59	0,86	0,99	2,15	0,40	100,00
Trabajadores de élite	96,59	1,47	0,75	0,56	0,63	100,00
Pequeña burguesía	94,80	2,16	1,24	1,56	0,24	100,00
Proletario formal no manual	96,43	0,92	0,93	1,16	0,56	100,00
Proletario formal manual	91,56	1,69	2,09	3,68	0,98	100,00
Proletario informal	92,47	1,71	1,17	3,31	1,35	100,00
Total	93,80	1,51	1,19	2,53	0,98	100,00

Fuente: Perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas.

Tabla 19. Distribución porcentual de las regiones según forma de disposición de excretas. Venezuela. 2008.

Región	Disposición de excretas					Total
	Poceta o cloaca	Poceta o pozo séptico	Hoyo o letrina	Otro	No declarado	
Central	96,91	0,69	0,70	0,34	1,36	100,00
Guayana	48,02	25,30	18,17	7,48	1,04	100,00
Oriental	81,47	17,15	0,37	0,49	0,52	100,00
Los Llanos	94,13	3,81	0,79	0,42	0,84	100,00
Centro occidental	95,91	2,86	0,13	0,22	0,88	100,00
Occidental	87,99	7,29	1,19	2,60	0,94	100,00
Total	88,16	7,44	1,92	1,50	0,98	100,00

Fuente: Perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas.

Tabla 20. Distribución porcentual de las etnias según forma de disposición de excretas. Venezuela. 2008.

Etnia	Disposición de excretas					Total
	Poceta o cloaca	Poceta o pozo séptico	Hoyo o letrina	Otro	No declarado	
Criollos	91,72	6,30	0,55	0,44	0,98	100,00
Afrodescendientes	84,96	10,20	4,20	0,35	0,29	100,00
Indígenas	25,37	27,07	25,14	20,90	1,52	100,00
<i>Total</i>	88,16	7,44	1,92	1,50	0,98	100,00

Fuente: Perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas.

Tabla 21. Distribución porcentual de los servicios de salud utilizados con mayor frecuencia. Venezuela. 2008.

Servicios de salud	%
Instituciones M.S.	50,1
Instituciones (Gobernación)	15,1
Barrio adentro	13,2
Instituciones privadas	11,6
I.V.S.S.	7,4
Otro	1,9
<i>Total</i>	100

Fuente: Perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas.

Tabla 22. Valores del índice CPO según etnia. Venezuela. 2008.

Etnia	CPO
Criollos	6,97
Afrodescendientes	6,65
Indígenas	5,41
<i>Promedio total</i>	6,89

Fuente: Perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas.

Tabla 23. Valores del índice CPO según edad. Población de 5 a 12 años. Venezuela. 2008.

Edad	CPO	Desviación estándar
5	0,07	0,85
6	0,14	1,04
7	0,23	1,02
8	0,41	1,07
9	0,52	1,11
10	0,73	1,42
11	0,98	1,67
12	1,23	1,88
<i>Promedio total</i>	0,50	1,32

Fuente: Perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas.

Tabla 24. Valores del índice CPO según grupo de edad. Venezuela. 2008.

Grupo de edad	CPO	Desviación estándar
5 a 12	0,49	1,26
13 a 18	2,24	2,76
19 a 24	3,91	3,81
25 a 34	5,81	4,72
35 a 44	9,47	5,85
45 a 54	13,83	6,99
55 a 64	17,63	7,71
65 a 74	21,40	7,73
75 y más	23,66	6,92
<i>Promedio total</i>	6,89	5,39

Fuente: Perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas.

Tabla 25. Valores del índice CPO según grupo de edad y etnia. Venezuela. 2008.

Grupo de edad	Etnia			Promedio total
	<i>Criollos</i> CPO	<i>Afrodescendientes</i> CPO	<i>Indígenas</i> CPO	
5 a 12	0,48	0,48	0,64	0,49
13 a 18	2,18	2,24	2,77	2,24
19 a 24	3,85	4,21	4,45	3,91
25 a 34	5,79	5,70	6,28	5,81
35 a 44	9,45	9,69	9,17	9,47
45 a 54	13,86	12,92	13,69	13,83
55 a 64	17,64	17,01	17,41	17,63
65 a 74	21,44	19,59	22,46	21,40
75 y más	23,76	22,76	21,95	23,66
Promedio total	6,97	6,65	5,41	6,89

Fuente: Perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas.

Tabla 26. Valores del índice CPO según región y etnia. Venezuela. 2008.

Región	Etnia			Promedio total
	<i>Criollos</i> CPO	<i>Afrodescendientes</i> CPO	<i>Indígenas</i> CPO	
Central	7,35	7,07	6,05	7,33
Centro occidental	6,83	5,89	7,81	6,84
Guayana	5,79	5,28	4,79	5,39
Los Llanos	6,15	4,64	4,83	6,10
Occidental	7,19	6,67	5,94	7,11
Oriental	7,19	7,11	6,80	7,21
Promedio total	6,97	6,65	5,41	6,89

Fuente: Perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas.

Tabla 27. Valores del índice CPO según género y etnia. Venezuela. 2008.

Género	Etnia			Promedio total
	Criollos CPO	Afrodescendientes CPO	Indígenas CPO	
Masculino	5,08	4,89	4,24	5,03
Femenino	8,08	7,78	6,26	7,99
Promedio total	6,97	6,65	5,41	6,89

Fuente: Perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas.

Tabla 28. Distribución de individuos sanos y afectados por la caries dental según grupo de edad. Venezuela. 2008.

Grupo de edad	Sanos y afectados								Total	
	Sanos		Afectados (1 a 2 dientes)		Afectados (3 a 4 dientes)		Afectados (5 y más dientes)			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
5 a 12	6932	44,77	3873	25,02	2288	14,78	2389	15,43	15482	100,00
13 a 18	2946	37,94	2144	27,61	1357	17,48	1317	16,97	7764	100,00
19 a 24	1234	23,22	1148	21,60	1026	19,30	1906	35,88	5314	100,00
25 a 34	1011	14,49	1004	14,39	1177	16,87	3784	54,24	6976	100,00
35 a 44	357	6,19	343	5,95	553	9,59	4515	78,28	5768	100,00
45 a 54	211	4,06	126	2,43	164	3,16	4696	90,36	5197	100,00
55 a 64	114	2,97	48	1,25	67	1,75	3608	94,03	3837	100,00
65 a 74	50	1,98	12	0,48	26	1,03	2434	96,51	2522	100,00
75 y más	57	3,08	23	1,24	29	1,57	1743	94,11	1852	100,00
Total	12912	23,60	8721	15,94	6687	12,22	26392	48,24	54712	100,00

Fuente: Perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas.

Tabla 29. Distribución de individuos sanos y afectados por la caries dental según género. Venezuela. 2008.

Género	Sanos y afectados								Total	
	Sanos		Afectados (1 a 2 dientes)		Afectados (3 a 4 dientes)		Afectados (5 y más dientes)			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Masculino	5915	28,93	3794	18,55	2696	13,18	8044	39,34	20449	100,00
Femenino	6997	20,42	4927	14,38	3991	11,65	18348	53,55	34263	100,00
<i>Total</i>	12912	23,60	8721	15,94	6687	12,22	26392	48,24	54712	100,00

Fuente: Perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas.

Tabla 30. Distribución de individuos sanos y afectados por la caries dental según región. Venezuela. 2008.

Región	Sanos y afectados								Total	
	Sanos		Afectados (1 a 2 dientes)		Afectados (3 a 4 dientes)		Afectados (5 y más dientes)			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Central	3616	22,17	2636	16,16	1996	12,24	8064	49,44	16312	100,00
Guayana	719	23,60	525	17,24	376	12,34	1426	46,82	3046	100,00
Oriental	2150	21,81	17,79	20,18	1382	14,02	4571	46,38	9856	100,00
Los Llanos	2409	25,97	1152	12,42	1004	10,82	4711	50,79	9276	100,00
Centro occidental	2648	23,81	1749	15,73	1296	11,65	5429	48,81	11122	100,00
Occidental	1370	26,86	906	17,76	633	12,41	2191	42,96	5100	100,00
<i>Total</i>	12912	23,60	8721	15,94	6687	12,22	26392	48,24	54712	100,00

Fuente: Perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas.

Tabla 31. Valores del índice CPO según clase social. Venezuela. 2008.

Clase social	CPO	Error de muestreo
Capitalistas	4,81	0,44
Ejecutivos	7,03	0,20
Trabajadores de élite	7,46	0,16
Pequeña burguesía	6,81	0,14
Proletario formal no manual	7,07	0,08
Proletario formal manual	6,50	0,10
Proletario informal	6,84	0,05
Promedio total	6,89	0,04

Fuente: Perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas.

Tabla 32. Promedio de dientes cariados según clase social. Venezuela. 2008.

Clase social	Dientes cariados	Error de muestreo
Capitalistas	0,59	0,16
Ejecutivos	0,65	0,03
Trabajadores de élite	0,51	0,03
Pequeña burguesía	0,72	0,03
Proletario formal no manual	0,66	0,01
Proletario formal manual	0,84	0,02
Proletario informal	0,88	0,01
<i>Promedio total</i>	0,79	0,01

Fuente: Perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas.

Tabla 33. Promedio de dientes perdidos según clase social. Venezuela. 2008.

Clase social	Dientes perdidos	Error de muestreo
Capitalistas	1,90	0,33
Ejecutivos	4,22	0,18
Trabajadores de élite	4,36	0,15
Pequeña burguesía	4,22	0,13
Proletario formal no manual	4,48	0,07
Proletario formal manual	4,26	0,10
Proletario informal	4,50	0,05
<i>Promedio total</i>	4,43	0,03

Fuente: Perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas.

Tabla 34. Promedio de dientes obturados según clase social. Venezuela. 2008.

Clase social	Dientes obturados	Error de muestreo
Capitalistas	2,32	0,24
Ejecutivos	2,17	0,08
Trabajadores de élite	2,59	0,07
Pequeña burguesía	1,87	0,06
Proletario formal no manual	1,94	0,03
Proletario formal manual	1,41	0,03
Proletario informal	1,46	0,02
<i>Promedio total</i>	1,67	0,01

Fuente: Perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas.

Tabla 35. Valores del índice ceo según género y etnia. Población de 5 a 12 años. Venezuela. 2008.

Género	Etnia			Promedio total
	Criollos ceo	Afrodescendientes ceo	Indígenas ceo	
Masculino	1,43	1,42	1,72	1,46
Femenino	1,07	1,23	1,65	1,13
<i>Promedio total</i>	1,24	1,32	1,68	1,28

Fuente: Perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas.

Tabla 36. Valores del índice ceo según edad y etnia. Población de 5 a 12 años. Venezuela. 2008.

Edad	Etnia			Promedio total
	Criollos ceo	Afrodescendientes ceo	Indígenas ceo	
5	1,26	3,69	2,50	1,44
6	2,27	2,83	2,08	2,27
7	2,11	2,09	3,05	2,21
8	2,09	1,78	2,90	2,15
9	1,75	0,96	2,17	1,76
10	1,05	1,17	1,22	1,07
11	0,48	0,32	0,67	0,48
12	0,19	0,28	0,16	0,19
<i>Promedio total</i>	1,24	1,32	1,68	1,28

Fuente: Perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas.

Tabla 37. Valores del índice ceo según clase social y edad. Población de 5 a 12 años. Venezuela. 2008.

Clase social	Edad								Promedio total
	5	6	7	8	9	10	11	12	
Capitalistas	1,0	-	-	-	0,00	-	0,67	0,25	0,40
Ejecutivos	1,11	1,80	1,13	1,40	1,70	1,28	0,57	0,17	1,03
Trabajadores de élite	0,36	1,38	1,33	1,19	0,79	0,50	0,58	0,11	0,65
Pequeña burguesía	0,71	2,65	2,20	1,95	1,43	1,52	0,24	0,06	1,15
Proletario formal no manual	1,49	2,10	1,66	1,82	1,52	1,03	0,40	0,19	1,09
Proletario formal manual	1,05	2,29	2,77	2,53	1,82	1,02	0,58	0,25	1,43
Proletario informal	1,66	2,34	2,35	2,23	1,95	1,07	0,51	0,20	1,39
<i>Promedio total</i>	1,44	2,28	2,21	2,14	1,76	1,07	0,49	0,19	1,28

Fuente: Perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas.

Tabla 38. Valores del índice ceo según clase social y género. Población de 5 a 12 años. Venezuela. 2008.

Clase social	Género		Promedio total
	Masculino	Femenino	
Capitalistas	0,33	0,50	0,40
Ejecutivos	1,22	0,87	1,03
Trabajadores de élite	0,82	0,46	0,65
Pequeña burguesía	1,35	0,99	1,15
Proletario formal no manual	1,24	0,94	1,09
Proletario formal manual	1,57	1,31	1,43
Proletario informal	1,58	1,20	1,39
<i>Promedio total</i>	1,46	1,12	1,28

Fuente: Perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas.

Tabla 39. Valores del índice ceo según edad y género. Población de 5 a 12 años. Venezuela. 2008.

Edad	Género		Promedio total
	Masculino	Femenino	
5	1,92	1,02	1,44
6	2,39	2,17	2,27
7	2,45	1,99	2,21
8	2,23	2,07	2,15
9	1,90	1,62	1,76
10	1,34	0,83	1,07
11	0,57	0,41	0,48
12	0,20	0,18	0,19
<i>Promedio total</i>	1,46	1,13	1,28

Fuente: Perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas.

Tabla 40. Valores del índice ceo según región. Población de 5 a 12 años. Venezuela. 2008.

Edad	Región						Promedio total
	Central ceo	Guayana ceo	Oriental ceo	Los Llanos ceo	Centro occidental ceo	Occidental ceo	
5	1,86	2,33	1,72	1,07	0,69	1,25	1,44
6	1,80	2,20	2,58	3,14	2,40	1,44	2,27
7	2,17	1,95	2,45	2,71	2,01	1,66	2,21
8	2,02	2,92	2,44	2,09	2,11	1,57	2,15
9	1,88	1,79	1,70	2,00	1,58	1,61	1,76
10	1,10	0,84	0,95	1,04	1,33	0,88	1,07
11	0,55	0,27	0,46	0,43	0,48	0,53	0,48
12	0,21	0,33	0,13	0,18	0,17	0,20	0,19
<i>Promedio total</i>	1,28	1,31	1,38	1,42	1,23	1,03	1,28

Fuente: Perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas.

Tabla 41. Condición periodontal según etnia. Venezuela. 2008.

Índice Periodontal Comunitario (IPC)	Etnia							
	Criollos		Afrodescendientes		Indígenas		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sanos	32295	66,61	1406	67,79	2055	65,45	36400	66,53
Afectado	9069	18,71	420	20,25	697	22,20	10405	19,02
Sextante excluido	2809	5,79	99	4,77	115	3,66	3082	5,63
No registrado	4311	8,89	149	7,18	273	8,69	4825	8,82
<i>Total</i>	48484	100,00	2074	100,00	3140	100,00	54712	100,00

Fuente: Perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas.

Tabla 42. Condición periodontal según etnia. Venezuela. 2008.

Índice Periodontal Comunitario (IPC)	Etnia							
	Criollos		Afrodescendientes		Indígenas		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sanos	32295	66,61	1406	67,79	2055	65,45	36400	66,53
Hemorragia	1222	2,52	56	2,70	70	2,23	1364	2,49
Cálculo	7048	14,54	300	14,46	602	19,17	8133	14,87
Bolsa de 4 a 5 mm	600	1,24	45	2,17	18	0,57	678	1,24
Bolsa de 6 mm y más	199	0,41	19	0,92	7	0,22	230	0,42
Sextante excluido	2809	5,79	99	4,77	115	3,66	3082	5,63
No registrado	4311	8,89	149	7,18	273	8,69	4825	8,82
<i>Total</i>	48484	100,00	2074	100,00	3140	100,00	54712	100,00

Fuente: Perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas.

Tabla 43. Condición periodontal según género. Venezuela. 2008.

Índice Periodontal Comunitario (IPC)	Género					
	Masculino		Femenino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sanos	13663	66,81	22737	66,36	36400	66,53
Afectados	3811	18,64	6594	19,25	10405	19,02
Sextante excluido	732	3,58	2350	6,86	3082	5,63
No registrado	2244	10,97	2581	7,53	4825	8,82
<i>Total</i>	20450	100,00	34262	100,00	54712	100,00

Fuente: Perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas.

Tabla 44. Condición periodontal según género. Venezuela. 2008.

Índice Periodontal Comunitario (IPC)	Género					
	Masculino		Femenino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sanos	13663	66,81	22737	66,36	36400	66,53
Hemorragia	525	2,57	839	2,45	1364	2,49
Cálculo	2963	14,49	5170	15,09	8133	14,87
Bolsa de 4 a 5 mm	241	1,18	437	1,28	678	1,24
Bolsa de 6 mm y más	82	0,40	148	0,43	230	0,42
Sextante excluido	732	3,58	2350	6,86	3082	5,63
No registrado	2244	10,97	2581	7,53	4825	8,82
<i>Total</i>	20450	100,00	34262	100,00	54712	100,00

Fuente: Perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas.

Tabla 45. Condición periodontal según grupo de edad. Venezuela. 2008.

Grupo de edad	Índice Periodontal Comunitario (IPC)									
	Sanos		Afectados		Sextante excluido		No registrado		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
5 a 14	10726	69,30	695	4,49	53	0,34	4004	25,87	15478	100,00
15 a 18	6220	80,05	1378	17,73	5	0,06	167	2,15	7770	100,00
19 a 24	3993	75,13	1169	21,99	2	0,04	151	2,84	5315	100,00
25 a 34	4993	71,57	1852	26,55	14	0,20	117	1,68	6976	100,00
35 a 44	3903	67,67	1775	30,77	52	0,90	38	0,66	5768	100,00
45 a 54	3171	61,04	1666	32,07	288	5,54	70	1,35	5195	100,00
55 a 64	1984	51,72	1065	27,76	708	18,46	79	2,06	3836	100,00
65 a 74	934	37,03	541	21,45	942	37,35	105	4,16	2522	100,00
75 y más	442	24,68	249	13,90	1010	56,39	90	5,03	1791	100,00
<i>Total</i>	36400	66,53	10405	19,02	3082	5,63	4825	8,82	54712	100,00

Fuente: Perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas.

Tabla 46. Condición periodontal según grupo de edad. Venezuela. 2008.

Grupo de edad	Índice Periodontal Comunitario (IPC)													
	Sano		Hemorragia		Cálculo		Bolsa de 4 a 5 mm		Bolsa de 6 mm y más		Sextante excluido		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
5 a 14	10726	72,23	249	0,72	446	2,61	0	0	0	0	53	0,31	15478	100,00
15 a 18	6220	84,52	259	1,73	1078	11,78	32	0,09	9	0,01	5	0,03	7770	100,00
19 a 24	3993	80,09	170	1,91	948	15,64	48	0,26	3	0,01	2	0,02	5315	100,00
25 a 34	4993	76,81	265	3,56	1466	17,55	98	0,80	23	0,39	14	0,14	6976	100,00
35 a 44	3903	67,63	166	2,33	1419	26,90	143	1,80	47	0,19	52	0,74	5768	100,00
45 a 54	3171	63,07	133	3,58	1312	23,57	152	0,91	69	0,77	288	5,95	5195	100,00
55 a 64	1984	55,65	76	4,04	830	20,85	118	2,24	41	0,92	708	13,50	3836	100,00
65 a 74	934	38,70	34	1,47	425	17,71	57	0,85	25	0,16	942	35,27	2522	100,00
75 y más	442	20,80	12	0,26	195	12,62	29	0,39	13	0,22	1010	55,08	1791	100,00
Total	36400	66,53	1364	2,49	8133	14,87	678	1,24	230	0,42	3082	5,63	54712	100,00

Fuente: Perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas.

Nota: No incluye los no registrados.

Tabla 47. Condición periodontal según región. Venezuela. 2008.

Índice Perio- dental Comu- nitario (IPC)	Región													
	Central		Guayana		Oriental		Los Llanos		Centro occidental		Occidental		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sanos	6966	57,05	2847	70,98	4637	75,20	4339	73,10	7105	68,67	10506	65,49	36400	66,53
Afectados	3453	28,28	587	14,63	581	9,42	768	12,94	1729	16,71	3287	20,49	10405	19,02
Sextante excluido	683	5,59	157	3,91	435	7,05	315	5,31	579	5,60	913	5,69	3082	5,63
No registrado	1109	9,08	420	10,47	513	8,32	514	8,66	934	9,03	1335	8,32	4825	8,82
<i>Total</i>	12211	100,0	4011	100,0	6166	100,0	5936	100,0	10347	100,0	16041	100,0	54712	100,00

Fuente: Perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas.

Tabla 49. Condición periodontal según clase social. Venezuela. 2008.

Clase social	Índice Periodontal Comunitario (IPC)									
	Sanos		Afectados		Sextante excluido		No registrado		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Capitalistas	105	70,47	35	23,49	1	0,67	8	5,37	149	100,00
Ejecutivos	1171	68,20	344	20,04	85	4,95	117	6,81	1717	100,00
Trabajadores de élite	1960	68,01	516	17,90	160	5,55	246	8,54	2882	100,00
Pequeña burguesía	2217	66,32	661	19,77	167	5,00	298	8,91	3343	100,00
Proletario formal no manual	8302	68,30	2103	17,30	702	5,77	1049	8,63	12156	100,00
Proletario formal manual	4140	66,06	1220	19,46	332	5,30	575	9,18	6267	100,00
Proletario informal	18291	65,62	5420	19,45	1635	5,87	2526	9,06	27872	100,00
Trabajadores indígenas	214	65,64	106	32,52	0	0,00	6	1,84	326	100,00
Total	36400	66,53	10405	19,02	3082	5,63	4825	8,82	54712	100,00

Fuente: Perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas.

Tabla 50. Condición periodontal según clase social. Venezuela. 2008.

Clase social	Índice Periodontal Comunitario (IPC)													
	Sano		Hemorragia		Cálculo		Bolsa de 4 a 5 mm		Bolsa de 6 mm y más		Sextante excluido		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Capitalistas	105	70,47	12	8,05	21	14,09	2	1,34	0	0,00	1	0,67	149	100,00
Ejecutivos	1171	68,20	42	2,45	262	15,30	33	1,92	7	0,41	85	4,95	1717	100,00
Trabajadores de élite	1960	68,01	81	2,81	389	13,50	41	1,42	5	0,17	160	5,55	2882	100,00
Pequeña burguesía	2217	66,32	93	2,78	491	14,69	53	1,59	24	0,72	167	5,00	3343	100,00
Proletario formal no manual	8302	68,30	282	2,32	1623	13,35	147	1,21	51	0,42	702	5,77	12156	100,00
Proletario formal manual	4140	66,06	165	2,63	945	15,08	80	1,28	30	0,48	332	5,30	6267	100,00
Proletario informal	18291	65,62	684	2,45	4302	15,43	321	1,15	113	0,41	1635	5,87	27872	100,00
Trabajadores indígenas	214	65,64	5	1,53	100	30,67	1	0,31	0	0,00	0	0,00	326	100,00
Total	36400	66,53	1364	2,49	8133	14,87	678	1,24	230	0,42	3082	5,63	54712	100,00

Fuente: Perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas.

Nota: No incluye los no registrados.

Tabla 51. Índice de Higiene Bucal Simplificado (IHB-S).
Índice de placa según grupo de edad y etnia. Venezuela. 2008.

Grupo de edad	Etnia			Total
	Criollos Placa	Afrodescendientes Placa	Indígenas Placa	
5 a 12	1,15	1,16	1,51	1,18
13 a 18	1,09	1,23	1,52	1,13
19 a 24	1,05	1,24	1,40	1,08
25 a 34	1,02	0,96	1,41	1,04
35 a 44	0,96	1,05	1,31	0,99
45 a 54	0,90	1,11	1,16	0,92
55 a 64	0,83	0,89	1,26	0,84
65 a 74	0,80	0,84	0,83	0,83
75 y más	0,95	0,33	0,59	0,88
Total	1,03	1,09	1,41	1,06

Fuente: Perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas.

Adecuada: 0,0 - 0,6 Aceptable: 0,7 - 1,8 Deficiente: 1,9 - 3,0
--

Tabla 52. Índice de Higiene Bucal Simplificado (IHB-S)
Índice de cálculo según grupo de edad y etnia. Venezuela. 2008.

Grupo de edad	Etnia			Total
	Criollos Cálculo	Afrodescendientes Cálculo	Indígenas Cálculo	
5 a 12	0,89	0,88	1,22	0,92
13 a 18	0,17	0,14	0,11	0,17
19 a 24	0,23	0,13	0,24	0,23
25 a 34	0,22	0,13	0,23	0,21
35 a 44	0,21	0,20	0,30	0,22
45 a 54	0,44	0,49	0,79	0,46
55 a 64	0,98	0,65	1,62	1,00
65 a 74	2,22	1,72	3,18	2,22
75 y más	3,81	2,67	3,70	3,73
Total	0,61	0,54	0,76	0,61

Fuente: Perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas.

<p>Adecuada: 0,0 - 0,6 Aceptable: 0,7 - 1,8 Deficiente: 1,9 - 3,0</p>

Tabla 53. Índice de Higiene Bucal Simplificado (IHB-S)
Índice de placa según género y etnia. Venezuela. 2008.

Género	Etnia			Total
	Criollos Placa	Afrodescendientes Placa	Indígenas Placa	
Masculino	1,05	1,06	1,48	1,08
Femenino	1,02	1,11	1,37	1,04
Total	1,03	1,09	1,42	1,06

Fuente: Perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas.

Adecuada: 0,0 - 0,6
Aceptable: 0,7 - 1,8
Deficiente: 1,9 - 3,0

Tabla 54. Índice de Higiene Bucal Simplificado (IHB-S)
Índice de cálculo según género y etnia. Venezuela. 2008.

Género	Etnia			Total
	Criollos Cálculo	Afrodescendientes Cálculo	Indígenas Cálculo	
Masculino	0,58	0,52	0,82	0,60
Femenino	0,62	0,55	0,71	0,62
Total	0,61	0,54	0,76	0,61

Fuente: Perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas.

Adecuada: 0,0 - 0,6
Aceptable: 0,7 - 1,8
Deficiente: 1,9 - 3,0

Tabla 55. Índice de Higiene Bucal Simplificado (IHB-S)
Índice de placa según región y etnia. Venezuela. 2008.

Región	Etnia			Total
	Criollos Placa	Afrodescendientes Placa	Indígenas Placa	
Central	1,12	1,09	1,07	1,12
Guayana	1,11	1,56	1,67	1,35
Oriental	0,83	0,79	0,55	0,82
Los Llanos	1,16	0,93	1,21	1,17
Centro occidental	0,93	1,33	1,28	0,95
Occidental	1,04	1,05	1,16	1,04
Total	1,03	1,09	1,41	1,06

Fuente: Perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas.

Adecuada: 0,0 - 0,6
 Aceptable: 0,7 - 1,8
 Deficiente: 1,9 - 3,0

Tabla 56. Índice de Higiene Bucal Simplificado (IHBS)
Índice de cálculo según región y etnia. Venezuela. 2008.

Región	Etnia			Total
	Criollos Cálculo	Afrodescendientes Cálculo	Indígenas Cálculo	
Central	0,63	0,62	0,72	0,63
Guayana	0,67	1,18	0,93	0,80
Oriental	0,47	0,32	0,26	0,46
Los Llanos	0,73	0,88	0,40	0,73
Centro occidental	0,50	0,43	0,62	0,51
Occidental	0,66	0,32	0,57	0,64
Total	0,61	0,54	0,76	0,61

Fuente: Perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas.

Tabla 57. Distribución de la población estudiada según uso y necesidades de prótesis superior y etnia. Población de 15 a 75 años y más. Venezuela. 2008.

Uso y necesidades de prótesis superior	Etnia							
	Criollos		Afrodescendientes		Indígenas		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
No necesita	15827	49,07	660	48,93	808	44,18	17623	48,76
Necesita y no tiene	9678	30,00	470	34,84	779	42,59	11157	30,87
Tiene adecuada	3931	12,19	126	9,34	132	7,22	4273	11,82
Tiene inadecuada	2586	8,02	88	6,52	99	5,41	2831	7,83
No registrado	235	0,73	5	0,37	11	0,60	255	0,71
Total	32257	100,0	1349	100,0	1829	100,0	36139	100,0

Fuente: Perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas.

Tabla 58. Distribución de la población estudiada según uso y necesidades de prótesis inferior y etnia. Población de 15 a 75 años y más. Venezuela. 2008.

Uso y necesidades de prótesis inferior	Etnia							
	Criollos		Afrodescendientes		Indígenas		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
No necesita	13767	42,68	568	42,11	695	38,00	15316	42,38
Necesita y no tiene	15437	47,86	682	50,56	1051	57,46	17521	48,48
Tiene adecuada	1705	5,29	59	4,37	41	2,24	1839	5,09
Tiene inadecuada	1112	3,45	35	2,59	32	1,75	1208	3,34
No registrado	236	0,73	5	0,37	10	0,55	255	0,71
Total	32257	100,0	1349	100,0	1829	100,0	36139	100,0

Fuente: Perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas.

Tabla 59. Distribución de la población estudiada según uso y necesidades de prótesis superior y género. Población de 15 a 75 años y más. Venezuela. 2008.

Uso y necesidades de prótesis superior	Género					
	Femenino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
No necesita	6293	54,43	11330	46,10	17623	48,76
Necesita y no tiene	3660	31,66	7497	30,50	11157	30,87
Tiene adecuada	876	7,58	3397	13,82	4273	11,82
Tiene inadecuada	616	5,33	2215	9,01	2831	7,83
No registrado	117	1,01	138	0,56	255	0,71
Total	11562	100,0	24577	100,0	36139	100,0

Fuente: Perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas.

Tabla 60. Distribución de la población estudiada según uso y necesidades de prótesis inferior y género. Población de 15 a 75 años y más. Venezuela. 2008.

Uso y necesidades de prótesis inferior	Género					
	Femenino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
No necesita	5696	49,26	9620	39,14	15316	42,38
Necesita y no tiene	5086	43,99	12435	50,60	17521	48,48
Tiene adecuada	402	3,48	1437	5,85	1839	5,09
Tiene inadecuada	262	2,27	946	3,85	1208	3,34
No registrado	116	1,00	139	0,57	255	0,71
Total	11562	100,0	24577	100,0	36139	100,0

Fuente: Perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas.

Tabla 61. Distribución de la población estudiada según uso y necesidades de prótesis superior y región. Población de 15 a 75 años y más. Venezuela, 2008.

Uso y necesidades de prótesis superior	Región													
	Central		Guayana		Oriental		Los Llanos		Centro occidental		Occidental		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
No necesita	4395	50,96	1028	44,48	1795	44,85	2009	53,73	3106	46,87	5290	48,82	1762	48,76
Necesita y no tiene	2312	26,81	856	37,04	1336	33,38	940	25,14	2323	35,05	3390	31,29	1115	30,87
Tiene adecuada	1034	11,99	234	10,13	563	14,07	455	12,17	717	10,82	1270	11,72	4273	11,82
Tiene inadecuada	690	8,00	186	8,05	302	7,55	329	8,80	472	7,12	852	7,86	2831	7,83
No registrado	194	2,25	7	0,30	6	0,15	6	0,16	9	0,14	33	0,30	255	0,71
Total	8625	100,0	2311	100,0	4002	100,0	3739	100,0	6627	100,0	1083	100,0	3613	100,0
											5		9	

Fuente: Perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas.

Tabla 62. Distribución de la población estudiada según uso y necesidades de prótesis inferior y región. Población de 15 a 75 años y más. Venezuela, 2008.

Uso y necesidades de prótesis inferior	Región													
	Central		Guayana		Oriental		Los Llanos		Centro occidental		Occidental		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
No necesita	3992	46,28	885	38,30	1517	37,91	1695	45,33	2683	40,49	4544	41,93	15316	42,38
Necesita y no tiene	3601	41,75	1287	55,69	2158	53,92	1735	46,40	3420	51,61	5320	49,10	17521	48,48
Tiene adecuada	510	5,91	75	3,25	226	5,65	167	4,47	304	4,59	557	5,14	1839	5,09
Tiene inadecuada	328	3,80	58	2,51	94	2,35	136	3,64	209	3,15	383	3,53	1208	3,34
No registrado	194	2,25	6	0,26	7	0,17	6	0,16	11	0,17	31	0,28	255	0,71
Total	8625	100,0	2311	100,0	4002	100,0	3739	100,0	6627	100,0	10835	100,0	36139	100,0

Fuente: Perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas.

Tabla 63. Distribución de la población estudiada según tipo de prótesis superior requerida y región. Población de 15 a 75 años y más. Venezuela. 2008.

Tipo de prótesis superior requerida	Región													
	Central		Guayana		Oriental		Los Llanos		Centro occidental		Occidental		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ninguno	5194	60,22	1185	51,28	2176	54,37	2256	60,34	3618	54,59	6149	56,75	20578	56,94
Prótesis parcial removible	1724	19,99	716	30,98	1045	26,11	829	22,17	1712	25,83	2587	23,88	8613	23,83
Prótesis total	799	9,26	196	8,48	448	11,19	397	10,62	644	9,72	1002	9,25	3486	9,65
Prótesis fija	712	8,26	205	8,87	319	7,97	244	6,53	634	9,57	1057	9,76	3171	8,77
No registrado	196	2,27	9	0,39	14	0,35	13	0,35	19	0,29	40	0,37	291	0,81
Total	8625	100,0	2311	100,0	4002	100,0	3739	100,0	6627	100,0	10835	100,0	36139	100,0

Fuente: Perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas.

Tabla 64. Distribución de la población estudiada según tipo de prótesis inferior requerida y región. Población de 15 a 75 años y más. Venezuela. 2008.

Tipo de prótesis inferior requerida	Región													
	Central		Guayana		Oriental		Los Llanos		Centro occidental		Occidental		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ninguno	4377	50,75	929	40,20	1654	41,33	1789	47,85	2895	43,68	4932	45,52	16576	45,87
Prótesis parcial re-movible	2561	29,69	980	42,41	1540	38,48	1294	34,61	2396	36,16	3630	33,50	12401	34,31
Prótesis total	590	6,84	128	5,54	328	8,20	256	6,85	489	7,38	745	6,88	2536	7,02
Prótesis fija	908	10,53	268	11,60	474	11,84	390	10,43	836	12,62	1502	13,86	4378	12,11
No registrado	189	2,19	6	0,26	6	0,15	10	0,27	11	0,17	26	0,24	248	0,69
Total	8625	100,0	2311	100,0	4002	100,0	3739	100,0	6627	100,0	10835	100,0	36139	100,0

Fuente: Perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas.

Tabla 65. Distribución de la población estudiada según tipo de prótesis superior requerida y etnia. Población de 15 a 75 años y más. Venezuela. 2008.

Tipo de prótesis superior requerida	Etnia							
	Criollos		Afrodescendientes		Indígenas		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ninguno	18559	57,53	750	55,60	889	48,61	17623	48,76
Prótesis parcial removible	7425	23,02	371	27,50	630	34,45	11157	30,87
Prótesis total	3133	9,71	125	9,27	154	8,42	4273	11,82
Prótesis fija	2869	8,89	98	7,26	144	7,87	2831	7,83
No registrado	271	0,84	5	0,37	12	0,66	255	0,71
Total	32257	100,0	1349	100,0	1829	100,0	36139	100,0

Fuente: Perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas.

Tabla 66. Distribución de la población estudiada según tipo de prótesis inferior requerida y etnia. Población de 15 a 75 años y más. Venezuela. 2008.

Tipo de prótesis inferior requerida	Etnia							
	Criollos		Afrodescendientes		Indígenas		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ninguno	14939	46,31	609	45,14	720	39,37	16576	45,87
Prótesis parcial removible	10826	33,56	523	38,77	788	43,08	12401	34,31
Prótesis total	2292	7,11	85	6,30	107	5,85	2536	7,02
Prótesis fija	3968	12,30	126	9,34	206	11,26	4378	12,11
No registrado	232	0,72	6	0,44	8	0,44	248	0,69
Total	32257	100,0	1349	100,0	1829	100,0	36139	100,0

Fuente: Perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas.

Tabla 67. Distribución de la población estudiada según tipo de prótesis superior requerida y género. Población de 15 a 75 años y más. Venezuela. 2008.

Tipo de prótesis superior requerida	Género					
	Femenino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Ninguno	6898	59,66	13680	55,66	20578	56,94
Prótesis parcial removible	2679	23,17	5934	24,14	8613	23,83
Prótesis total	851	7,36	2635	10,72	3486	9,65
Prótesis fija	1021	8,83	2150	8,75	3171	8,77
No registrado	113	0,98	178	0,72	291	0,81
Total	11562	100,0	24577	100,0	36139	100,0

Fuente: Perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas.

Tabla 68. Distribución de la población estudiada según tipo de prótesis inferior requerida y género. Población de 15 a 75 años y más. Venezuela. 2008.

Tipo de prótesis inferior requerida	Género					
	Femenino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Ninguno	5987	51,78	10589	43,08	16576	45,87
Prótesis parcial removible	3497	30,25	8904	36,23	12401	34,31
Prótesis total	626	5,41	1910	7,77	2536	7,02
Prótesis fija	1346	11,64	3032	12,34	4378	12,11
No registrado	106	0,92	142	0,58	248	0,69
Total	11562	100,0	24577	100,0	36139	100,0

Fuente: Perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas.

Tabla 69. Distribución de la población estudiada según uso y necesidades de prótesis superior y clase social. Población de 15 a 75 años y más. Venezuela. 2008.

Clase social	Uso y necesidades de prótesis superior																
	No necesita			Necesita y no tiene			Tiene adecuada			Tiene inadecuada			No registrado			Total	
	n	%		n	%		n	%		n	%		n	%		n	%
Capitalistas	80	68,38	24	20,51	12	10,26	1	0,85	1	0,85	0	0,00	117	100,00			
Ejecutivos	620	52,01	330	27,68	143	12,00	89	7,47	10	0,84	1192	100,00					
Trabajadores de élite	1119	53,06	501	23,76	306	14,51	157	7,44	26	1,23	2109	100,00					
Pequeña burguesía	1161	50,99	638	28,02	275	12,08	174	7,64	29	1,27	2277	100,00					
Proletario formal no manual	4164	50,38	2361	28,57	1032	12,49	646	7,82	62	0,75	8265	100,00					
Proletario formal manual	1907	48,27	1292	32,70	431	10,91	302	7,64	19	0,48	3951	100,00					
Proletario informal	8482	47,01	5923	32,83	2073	11,49	1460	8,09	105	0,58	18043	100,00					
Trabajadores indígenas	90	48,65	88	47,57	1	0,54	2	1,08	4	2,16	185	100,00					
Total	17623	48,76	11157	30,87	4273	11,82	2831	7,83	255	0,72	36139	100,00					

Fuente: Perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas.

Tabla 70. Distribución de la población estudiada según uso y necesidades de prótesis inferior y clase social. Población de 15 a 75 años y más. Venezuela. 2008.

Clase social	Uso y necesidades de prótesis inferior																
	No necesita			Necesita y no tiene			Tiene adecuada			Tiene inadecuada			No registrado			Total	
	n	%		n	%		n	%		n	%		n	%	n	%	
Capitalistas	74	63,25	40	34,19	1	0,85	2	1,71	0	0,00	117	100,00					
Ejecutivos	541	45,39	526	44,13	71	5,96	44	3,69	10	0,84	1192	100,00					
Trabajadores de élite	1022	48,46	833	39,50	148	7,02	80	3,79	26	1,23	2109	100,00					
Pequeña burguesía	1018	44,71	1031	45,28	119	5,23	80	3,51	29	1,27	2277	100,00					
Proletario formal no manual	3687	44,61	3752	45,40	472	5,71	291	3,52	63	0,76	8265	100,00					
Proletario formal manual	1619	40,98	2026	51,28	147	3,72	139	3,52	20	0,51	3951	100,00					
Proletario informal	7281	40,35	9205	51,02	881	4,88	572	3,17	104	0,58	18043	100,00					
Trabajadores indígenas	74	40,00	108	58,38	0	0,00	0	0,00	3	1,62	185	100,00					
Total	15316	42,38	17521	48,48	1839	5,09	1208	3,34	255	0,71	36139	100,00					

Fuente: Perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas.

Tabla 71. Distribución de la población estudiada según tipo de prótesis superior requerida y clase social. Población de 15 a 75 años y más. Venezuela. 2008.

Clase social	Tipo de prótesis superior requerida																			
	Ninguno			Prótesis parcial removible			Prótesis total			Prótesis fija			No registrado			Total				
	n	%		n	%		n	%		n	%		n	%		n	%			
Capitalistas	0	0,00	12	48,00	1	4,00	12	48,00	0	0,00	25	100,00	0	0,00	25	100,00	0	0,00	25	100,00
Ejecutivos	3	0,70	245	57,11	66	15,38	107	24,94	8	1,86	429	100,00	8	1,86	429	100,00	8	1,86	429	100,00
Trabajadores de élite	3	0,44	375	54,82	98	14,33	182	26,61	26	3,80	684	100,00	26	3,80	684	100,00	26	3,80	684	100,00
Pequeña burguesía	3	0,36	450	53,51	147	17,48	211	25,09	30	3,57	841	100,00	30	3,57	841	100,00	30	3,57	841	100,00
Proletario formal no manual	9	0,29	1754	57,15	565	18,41	673	21,93	68	2,22	3069	100,00	68	2,22	3069	100,00	68	2,22	3069	100,00
Proletario formal manual	1	0,06	918	56,91	313	19,40	360	22,32	21	1,30	1613	100,00	21	1,30	1613	100,00	21	1,30	1613	100,00
Proletario informal	15	0,20	4308	57,53	1459	19,48	1572	20,99	134	1,79	7488	100,00	134	1,79	7488	100,00	134	1,79	7488	100,00
Trabajadores indígenas	0	0,00	79	84,04	5	5,32	6	6,38	4	4,26	94	100,00	4	4,26	94	100,00	4	4,26	94	100,00
Total	34	0,24	8141	57,16	2654	18,63	3123	21,93	291	2,04	14243	100,00	291	2,04	14243	100,00	291	2,04	14243	100,00

Fuente: Perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas.

Tabla 72. Distribución de la población estudiada según tipo de prótesis inferior requerida y clase social. Población de 15 a 75 años y más. Venezuela. 2008.

Clase social	Tipo de prótesis inferior requerida										Total	
	Ninguno		Prótesis parcial removible		Prótesis total		Prótesis fija		No registrado			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Capitalistas	0	0,00	23	54,76	1	2,38	18	42,86	0	0,00	42	100,00
Ejecutivos	3	0,52	367	63,28	56	9,66	146	25,17	8	1,38	580	100,00
Trabajadores de élite	3	0,32	584	62,19	85	9,05	244	25,99	23	2,45	939	100,00
Pequeña burguesía	3	0,26	716	62,81	116	10,18	277	24,30	28	2,46	1140	100,00
Proletario formal no manual	9	0,22	2608	63,52	456	11,11	970	23,62	63	1,53	4106	100,00
Proletario formal manual	1	0,05	1418	64,90	239	10,94	508	23,25	19	0,87	2185	100,00
Proletario informal	15	0,15	6405	64,82	1163	11,77	2194	22,20	104	1,05	9881	100,00
Trabajadores indígenas	0	0,00	96	86,49	2	1,80	10	9,01	3	2,70	111	100,00
Total	34	0,18	12217	64,35	2118	11,16	4367	23,00	248	1,31	18984	100,00

Fuente: Perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas.

Tabla 73. Prevalencia de fluorosis dental según etnia. Venezuela. 2008.

Fluorosis dental	Etnia							
	Criollos		Afrodescendientes		Indígenas		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Normal	40552	83,64	1740	83,90	2760	87,90	45905	83,90
Dudosa	881	1,82	53	2,56	66	2,10	1013	1,85
Muy leve	1073	2,21	58	2,80	42	1,34	1191	2,18
Leve	409	0,84	18	0,87	13	0,41	445	0,81
Moderada	111	0,23	11	0,53	13	0,41	138	0,25
Severa	30	0,06	2	0,10	1	0,03	34	0,06
Excluido	45	0,09	5	0,24	5	0,16	55	0,10
No registrado	5383	11,10	187	9,02	240	7,64	5931	10,84
Total	48484	100,0	2074	100,0	3140	100,0	54712	100,0

Fuente: Perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas.

Tabla. 74. Prevalencia de fluorosis dental según clase social. Venezuela. 2008.

Fluorosis dental	Clase social												Total													
	Capitalistas	Ejecutivos	Trabajadores de élite	Pequeña burguesía	Proletario formal no manual	Proletario formal manual	Proletario informal	Capitalistas		Ejecutivos		Trabajadores de élite		Pequeña burguesía		Proletario formal no manual		Proletario formal manual		Proletario informal						
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Normal	133	89,26	1428	83,17	2384	82,72	2757	83,27	10162	83,80	5199	83,81	22687	84,13	44750	83,87										
Dudosa	5	3,36	35	2,04	59	2,05	71	2,14	226	1,86	112	1,81	466	1,73	974	1,83										
Muy leve	2	1,34	36	2,10	58	2,01	62	1,87	275	2,27	146	2,35	582	2,16	1161	2,18										
Leve	0	0,00	16	0,93	24	0,83	43	1,30	79	0,65	58	0,94	216	0,80	436	0,82										
Moderada	0	0,00	9	0,52	6	0,21	11	0,33	26	0,21	13	0,21	71	0,26	136	0,25										
Severa	0	0,00	2	0,12	2	0,07	2	0,06	7	0,06	8	0,13	13	0,05	34	0,06										
Excluido	0	0,00	0	0,00	4	0,14	2	0,06	15	0,12	5	0,08	26	0,10	52	0,10										
No registrado	9	6,04	191	11,12	345	11,97	363	10,96	1336	11,02	662	10,67	2907	10,78	5813	10,89										
Total	149	100,0	1717	100,0	2882	100,0	3311	100,0	12126	100,0	6203	100,0	26968	100,0	53356	100,0										

Fuente: Perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas.

Tabla. 75. Prevalencia de fluorosis dental según género. Venezuela. 2008.

Fluorosis dental	Género				Total	
	Femenino		Masculino			
	n	%	n	%	n	%
Normal	17389	85,04	28516	83,23	45905	83,90
Dudosa	390	1,91	623	1,82	1013	1,85
Muy leve	495	2,42	696	2,03	1191	2,18
Leve	187	0,91	258	0,75	445	0,81
Moderada	50	0,24	88	0,26	138	0,25
Severa	11	0,05	23	0,07	34	0,06
Excluido	13	0,06	42	0,12	55	0,10
No registrado	1914	9,36	4017	11,72	5931	10,84
Total	20449	100,0	34263	100,0	54712	100,0

Fuente: Perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas.

Tabla 76. Prevalencia de fluorosis dental según región. Venezuela. 2008.

Fluorosis dental	Región																					
	Central			Guayana			Oriental			Los Llanos			Centro occidental			Occidental			Total			
	n	%		n	%		n	%		n	%		n	%		n	%		n	%		
Normal	9087	74,42	3582	89,30	5434	88,13	5213	87,82	9102	87,97	13487	84,08	45905	83,90								
Dudosa	442	3,62	44	1,10	42	0,68	72	1,21	79	0,76	334	2,08	1013	1,85								
Muy leve	332	2,72	44	1,10	38	0,62	99	1,67	131	1,27	547	3,41	1191	2,18								
Leve	176	1,44	9	0,22	9	0,15	33	0,56	53	0,51	165	1,03	445	0,81								
Moderada	61	0,50	12	0,30	5	0,08	14	0,24	8	0,08	38	0,24	138	0,25								
Severa	16	0,13	5	0,12	0	0,00	4	0,07	4	0,04	5	0,03	34	0,06								
Excluido	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	32	0,31	23	0,14	55	0,10								
No registrado	2097	17,17	315	7,85	638	10,35	501	8,44	938	9,07	1442	8,99	5931	10,84								
Total	12211	100,0	4011	100,0	6166	100,0	5936	100,0	10347	100,0	16041	100,0	54712	100,0								

Fuente: Perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas.

Tabla 77. Estado de la oclusión. Población de 12 a 18 años. Venezuela. 2008.

Clase social	Estado de la oclusión								Total	
	Oclusión normal		Maloclusión definitiva		Maloclusión severa		Maloclusión muy severa			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Capitalistas	21	61,76	7	20,59	1	2,94	5	14,71	34	100,00
Ejecutivos	190	65,97	39	13,54	31	10,76	28	9,72	288	100,00
Trabajadores de élite	325	66,46	75	15,34	27	5,52	62	12,68	489	100,00
Pequeña burguesía	419	69,49	90	14,93	42	6,97	52	8,62	603	100,00
Proletario formal no manual	1361	66,23	356	17,32	162	7,88	176	8,56	2055	100,00
Proletario formal manual	731	69,16	172	16,27	66	6,24	88	8,33	1057	100,00
Proletario informal	3351	69,01	808	16,64	337	6,94	360	7,41	4856	100,00
Trabajadores indígenas	110	91,67	6	5,00	1	0,83	3	2,50	120	100,00
Total	6508	68,49	1553	16,34	667	7,02	774	8,15	9502	100,00

Fuente: Perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas.

Tabla 78. Signos de la articulación temporomaxilar (lado derecho) según género. Población de 15 a 75 años y más. Venezuela. 2008.

Signos ATM (Lado derecho)	Género				Total	
	Femenino		Masculino			
	n	%	n	%	n	%
Sin afectación	10833	78,95	20155	73,98	30988	75,64
Afectados	2812	20,49	6995	25,67	9807	23,94
No registrado	77	0,56	95	0,35	172	0,42
Total	13722	100,0	27245	100,0	40967	100,0

Fuente: Perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas.

Tabla 79. Signos de la articulación temporomaxilar (lado izquierdo) según género.
Población de 15 a 75 años y más. Venezuela. 2008.

Signos ATM (Lado izquierdo)	Género					
	Femenino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sin afectación	10845	78,03	20118	73,84	30963	75,58
Afectados	2800	20,41	7032	25,81	9832	24,00
No registrado	77	0,56	95	0,35	172	0,42
Total	13722	100,0	27245	100,0	40967	100,0

Fuente: Perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas.

Tabla 80. Síntomas de la articulación temporomaxilar (lado derecho) según género.
Población de 15 a 75 años y más. Venezuela. 2008.

Síntomas ATM (Lado derecho)	Género					
	Femenino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sin afectación	11532	84,04	21726	79,74	33258	81,18
Afectados	2104	15,33	5419	19,89	7523	18,36
No registrado	86	0,63	100	0,37	186	0,45
Total	13722	100,0	27245	100,0	40967	100,0

Fuente: Perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas.

Tabla 81. Síntomas de la articulación temporomaxilar (lado izquierdo) según género.
Población de 15 a 75 años y más. Venezuela. 2008.

Síntomas ATM (Lado izquierdo)	Género					
	Femenino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sin afectación	11585	84,43	21823	80,10	33408	81,55
Afectados	2050	14,94	5322	19,53	7372	17,99
No registrado	87	0,63	100	0,37	187	0,46
Total	13722	100,0	27245	100,0	40967	100,0

Fuente: Perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas.

Tabla 82. Signos de la articulación temporomaxilar (lado derecho) según etnia.
Población de 15 a 75 años y más. Venezuela. 2008.

Signos ATM (Lado derecho)	Etnia							
	Criollos		Afrodescendientes		Indígenas		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sin afectación	27462	85,43	1157	82,78	1807	88,61	30988	85,57
Afectados	8858	14,33	373	17,07	367	11,26	9807	14,20
No registrado	160	0,24	6	0,15	5	0,13	172	0,22
Total	36480	100,0	1536	100,0	2179	100,0	40967	100,0

Fuente: Perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas.

Tabla 83. Signos de la articulación temporomaxilar (lado izquierdo) según etnia.
Población de 15 a 75 años y más. Venezuela. 2008.

Signos ATM (Lado izquierdo)	Etnia							
	Criollos		Afrodescendientes		Indígenas		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sin afectación	27430	84,06	1158	82,78	1810	89,06	30963	84,43
Afectados	8890	15,70	372	17,07	364	10,81	9832	15,35
No registrado	160	0,24	6	0,15	5	0,13	172	0,22
Total	36480	100,0	1536	100,0	2179	100,0	40967	100,0

Fuente: Perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas.

Tabla 84. Síntomas de la articulación temporomaxilar (lado derecho) según etnia.
Población de 15 a 75 años y más. Venezuela. 2008.

Síntomas ATM (Lado derecho)	Etnia							
	Criollos		Afrodescendientes		Indígenas		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sin afectación	29559	92,50	1249	91,18	1848	92,36	33258	92,36
Afectados	6748	7,23	281	8,67	326	7,55	7523	7,39
No registrado	173	0,26	6	0,15	5	0,09	186	0,24
Total	36480	100,0	1536	100,0	2179	100,0	40967	100,0

Fuente: Perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas.

Tabla 85. Síntomas de la articulación temporomaxilar (lado izquierdo) según etnia.
Población de 15 a 75 años y más. Venezuela. 2008.

Síntomas ATM (Lado izquierdo)	Etnia							
	Criollos		Afrodescendientes		Indígenas		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sin afectación	29673	90,72	1257	88,21	1856	91,16	33408	90,65
Afectados	6634	9,01	273	11,64	317	8,66	7372	9,10
No registrado	173	0,26	6	0,15	6	0,18	187	0,25
Total	36480	100,0	1536	100,0	2179	100,0	40967	100,0

Fuente: Perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas.

Tabla 86. Síntomas de la articulación temporomaxilar (lado derecho) según región. Población de 15 a 75 años y más. Venezuela. 2008.

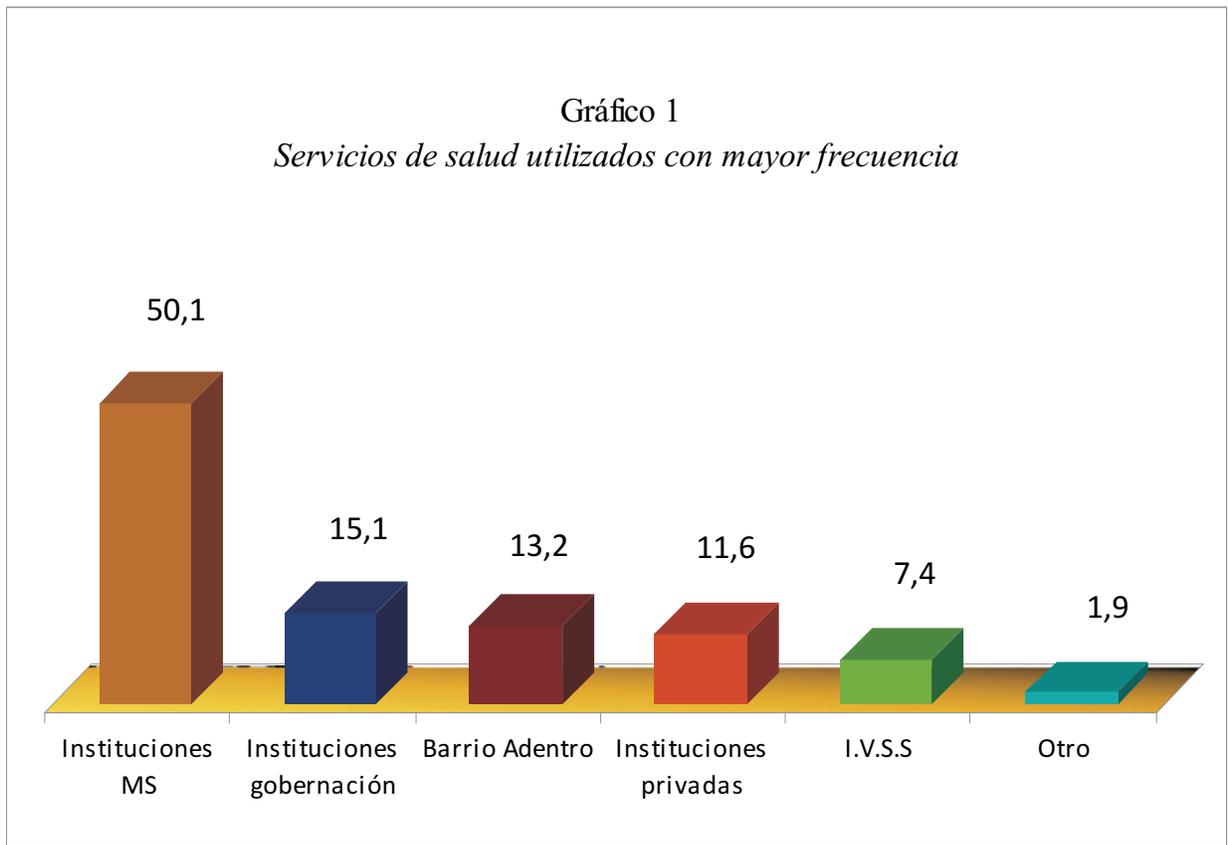
Síntomas ATM (Lado derecho)	Región													
	Central		Guayana		Oriental		Los Llanos		Centro occidental		Occidental		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sin afectación	7021	73,73	2426	87,36	3975	87,38	3755	86,40	6222	81,76	9859	81,06	33258	81,55
Afectados	2360	24,78	350	12,60	568	12,49	583	13,41	1380	18,13	2282	18,76	7523	17,99
No registrado	142	1,49	1	0,04	6	0,13	8	0,18	8	0,11	21	0,17	186	0,46
Total	9523	100,0	2777	100,0	4549	100,0	4346	100,0	7610	100,0	12162	100,0	40967	100,0

Fuente: Perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas.

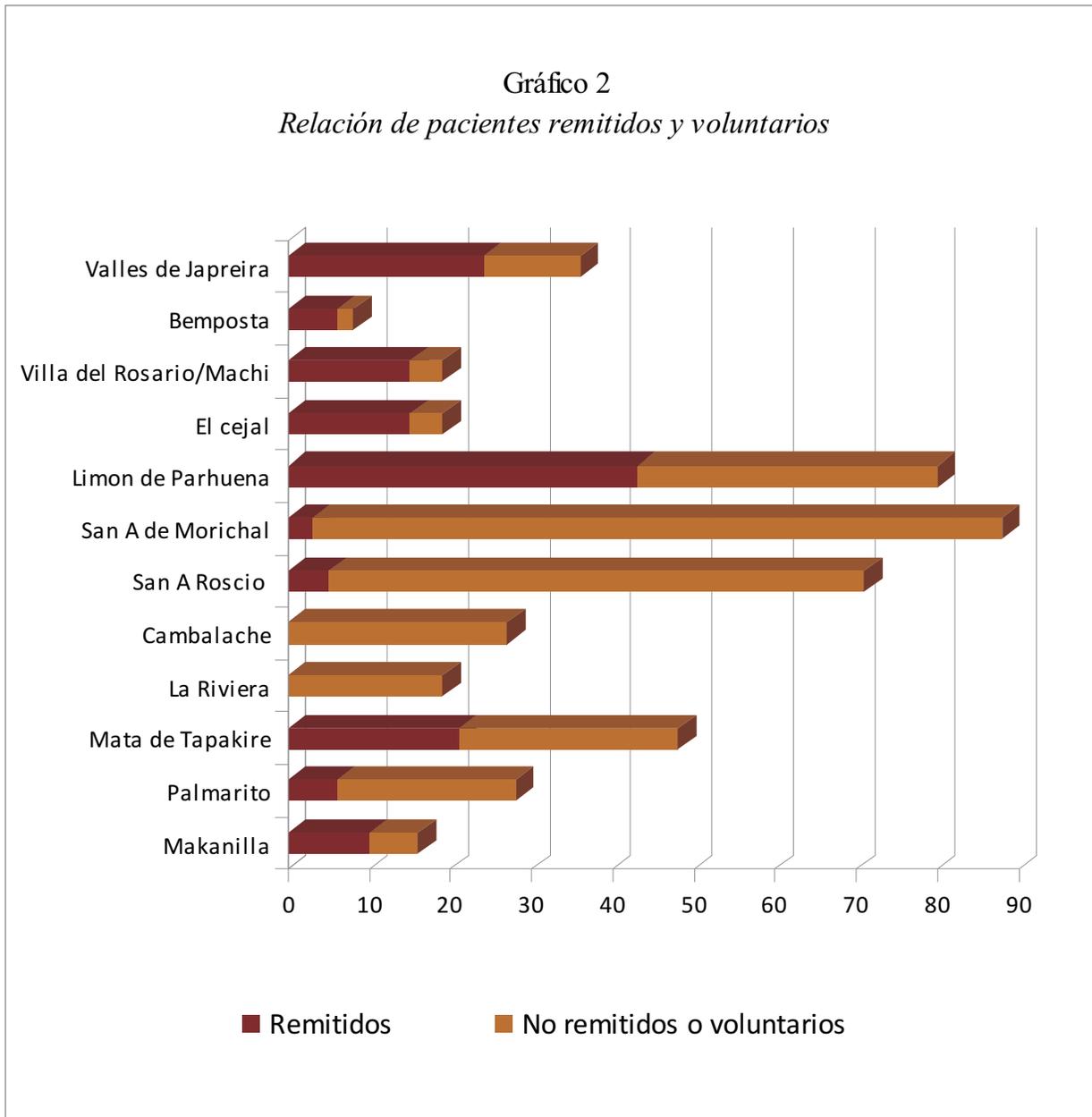
Tabla 87. Síntomas de la articulación temporomaxilar (lado izquierdo) según región. Población de 15 a 75 años y más. Venezuela. 2008.

Síntomas ATM (Lado izquierdo)	Región													
	Central		Guayana		Oriental		Los Llanos		Centro occidental		Occidental		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sin afectación	7072	74,26	2441	87,90	3972	87,32	3755	86,40	6255	82,19	9913	81,51	33408	81,55
Afectados	2309	24,25	334	12,03	571	12,55	583	13,41	1347	17,70	2228	18,32	7372	17,99
No registrado	142	1,49	2	0,07	6	0,13	8	0,18	8	0,11	21	0,17	187	0,46
Total	9523	100,0	2777	100,0	4549	100,0	4346	100,0	7610	100,0	12162	100,0	40967	100,0

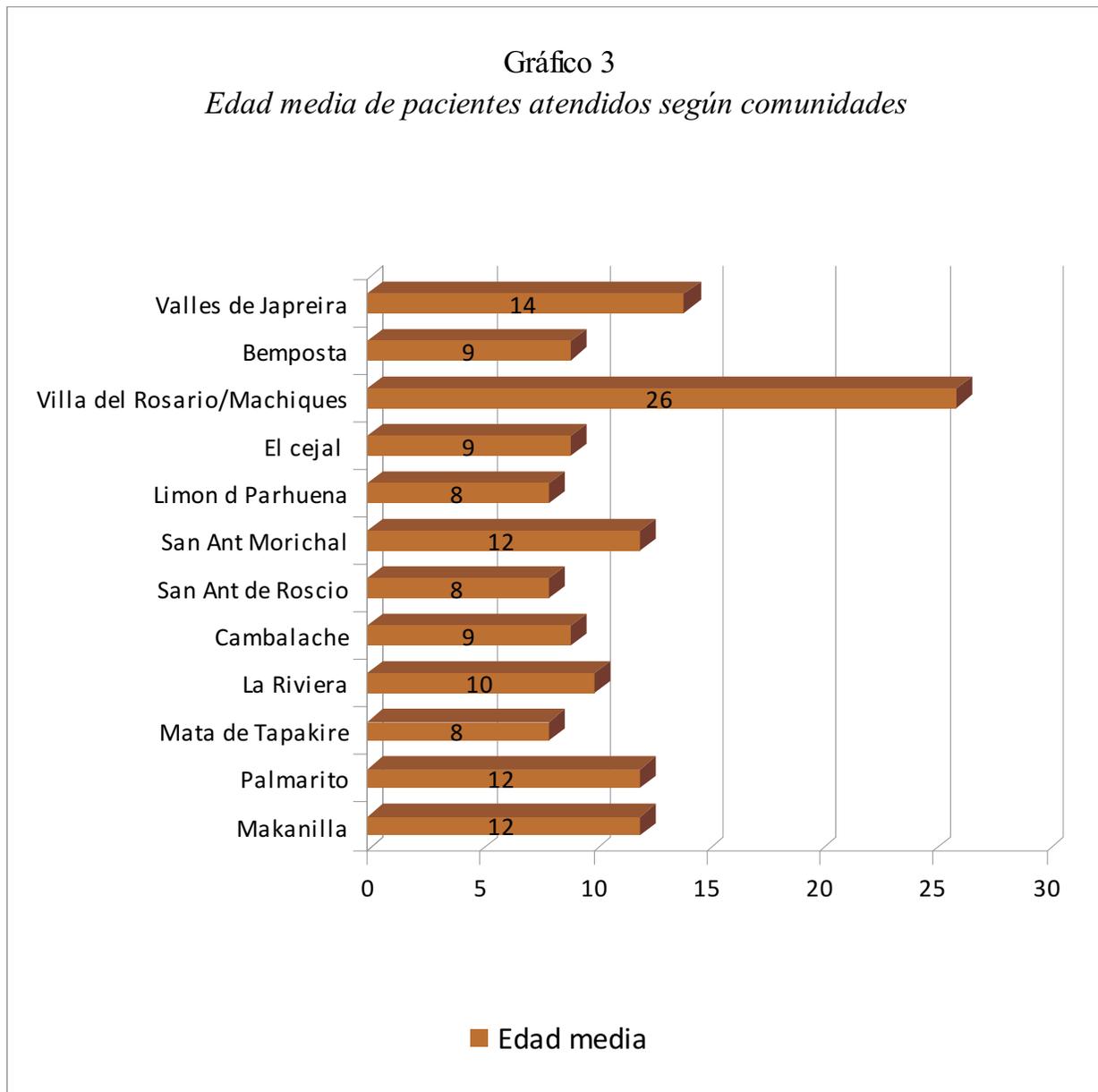
Fuente: Perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas.



Fuente: Perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas.

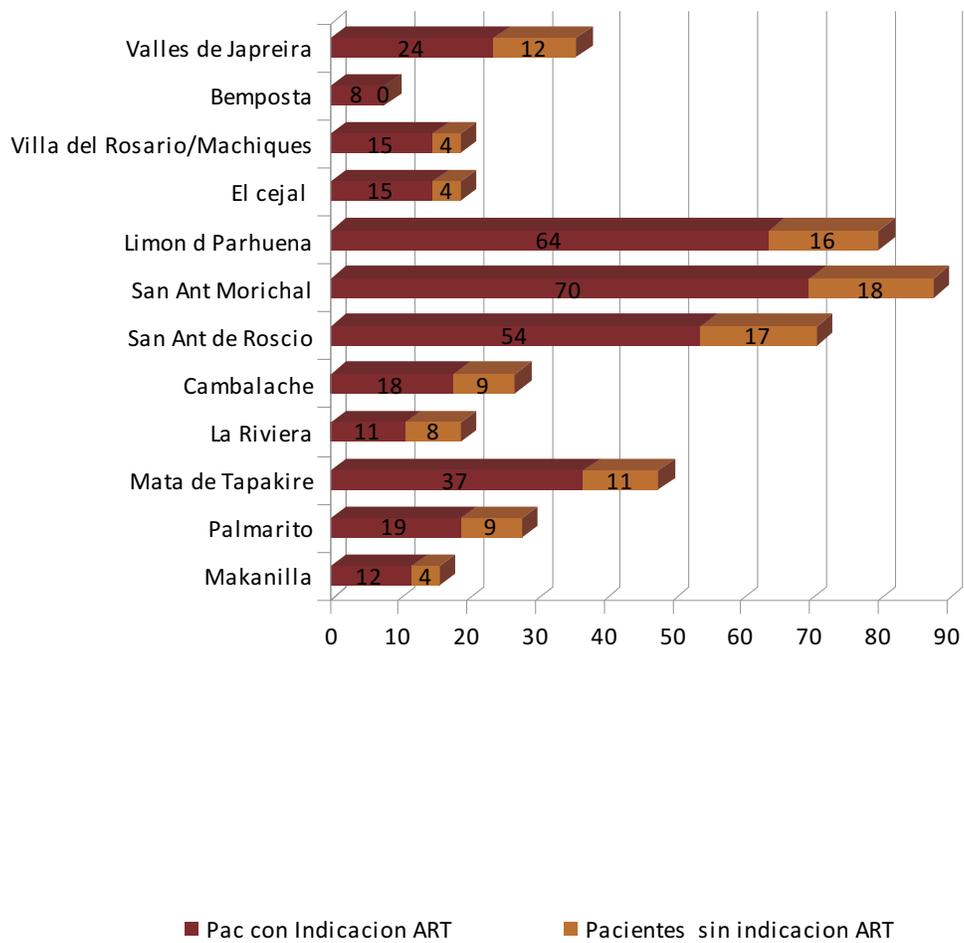


Fuente: Perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas.



Fuente: Perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas.

Gráfico 4
Pacientes atendidos según indicación ART





REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
MINISTERIO POPULAR DE CIENCIA Y TECNOLOGÍA
PROYECTO NACIONAL: PERFIL SOCIO EPIDEMIOLÓGICO BUCAL DE LAS ETNIAS VENEZOLANAS



INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN
COMPONENTE SOCIAL

Fecha: ____/____/____ No. de Visitas a la Vivienda: 1º 2º 3º 4º
Resultados de la entrevista: Completa Incompleta pendiente

SECCIÓN I. UBICACIÓN GEOGRÁFICA

ESTADO _____ MUNICIPIO: _____ PARROQUIA _____
NOMBRE DE COMUNIDAD _____ DIRECCIÓN DE VIVIENDA _____
PUNTO DE REFERENCIA _____
SEGMENTO O SECTOR [] [] [] MANZANA [] [] []

SECCIÓN II. IDENTIFICACIÓN DEL NÚCLEO DE CLASE

1. NOMBRES Y APELLIDOS _____
2. FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____
3. GÉNERO
1 Femenino
2 Masculino
4. NACIONALIDAD: V E
5. ESTADO CIVIL
1 Soltero(a)
2 Casado(a)
3 Divorciado(a)
4 En concubinato
5 Otro. Especifique: _____

SECCIÓN III. PUEBLOS INDÍGENAS

6. COMO ES LA ORGANIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD PRODUCTIVA DE LA COMUNIDAD

7. CUAL ES LA ACTIVIDAD PRODUCTIVA DEL NÚCLEO DE CLASE

ACTIVIDAD	DESTINO DE LA PRODUCCIÓN		
	Auto-consumo	Venta	Intercambio
1 Agricultura			
2 Pesca			
3 Pastoreo			
4 Avicultura			
5 Tejido			
6 Cestería			
7 Alfarería			
8 Carpintería			
9 Ebanistería			
10 Tallado			

SECCIÓN IV. CLASE SOCIAL

8. SITUACIÓN LABORAL LA SEMANA PASADA USTED SE ENCONTRA:
1 Irabajando
2 Sin trabajar pero tengo trabajo
3 Cesante o desempleado
4 Buscando trabajo por primera vez
5 En quehaceres del hogar
6 Estudiando sin trabajar
7 Pensionado o jubilado sin trabajar
8 Incapacitado sin trabajar
9 Otro. Especifique: _____
9. ¿CUAL ES EL OFICIO QUE DESEMPEÑA(BA) EN EL SITIO DONDE TRABAJA(BA)?

10. EN ESTE TRABAJO USTED ES O ERA:
* Empleado(a) u obrero(a):
1 Hijo(a)
2 Contratado(a)
3 Ocasional
4 Trabajador(a) por cuenta propia
5 Empleador(a) o patrono(a)
6 Miembro de cooperativa
7 Ayudante familiar no remunerado
8 Servicio doméstico
11. ESTE NEGOCIO EMPRESA O INSTITUCIÓN DONDE TRABAJA(BA) ES:
1 Privado
2 Público
12. SI TRABAJA ACTUALMENTE, ¿TIENE UD. CONTRATO DE TRABAJO EN LA EMPRESA O INSTITUCIÓN DONDE LABORA?
1 Si
2 No
13. ¿CUANTAS PERSONAS TIENE APROXIMADAMENTE LA EMPRESA O INSTITUCIÓN DONDE TRABAJA(BA)?
1 Una
2 De 2 a 5
3 De 6 a 10
5 De 21 a 50
6 De 51 a 100
7 De 101 a 200
14. CUAL ES LA ACTIVIDAD DE LA EMPRESA O INSTITUCIÓN DONDE TRABAJA(BA)
1 Agricultura y Ganadería.
2 Pesca.
3 Minería y Petróleo.
4 Industria Manufacturera.
5 Electricidad, gas y agua.
6 Construcción.
7 Comercio.
8 Hoteles y Restaurantes.
9 Transporte, almacenamiento y comunicaciones.
10 Actividades Inmobiliarias y Empresariales.
11 Instituciones Financieras (Banca, Finanzas)
12 Salud y Servicios Sociales.
13 Enseñanza.
14 Administración Pública y Defensa.
15 Otros servicios.
16 Economía Informal
17 Otro. Especifique: _____
15. ¿CUAL CONSIDERA UD. QUE ES SU CLASE O GRUPO SOCIAL?

16. SE SIENTE UD. DE ESA CLASE SOCIAL?
1 Si
2 No
17. CONSIDERA UD. QUE VIENE DE ESA CLASE SOCIAL?
1 Si
2 No
18. COMO CREE UD. QUE SU CLASE SOCIAL MEJORARÍA SU SITUACIÓN.
1 Uniéndose y actuando juntos para resolver problemas
2 Haciendo esfuerzos individuales para superarse
3 No sabe
4 Otro. Especifique: _____
19. CUAL ES EL OFICIO ACTUAL O ANTERIOR DE SU PAREJA

4 De 11 a 20 8 De 201 a más

SECCIÓN V. SEGURIDAD LABORAL

20. CUÁL DE LOS SIGUIENTES BENEFICIOS DE SEGURIDAD SOCIAL TIENE UD. EN LA EMPRESA O INSTITUCIÓN DONDE TRABAJA?

- 1 Seguro social
- 2 Política habitacional
- 3 Cesta Ticket o bono de alimentación
- 4 Seguro médico y de hospitalización
- 5 Otro. Especifique: _____

21. SUS ACTIVIDADES LABORALES REQUIEREN DE CONDICIONES ESPECIALES DE SEGURIDAD?

- 1 Sí
- 2 No

22. SI SU RESPUESTA ES AFIRMATIVA: ¿LA EMPRESA O INSTITUCIÓN DONDE TRABAJA TIENE DEPARTAMENTO, U ÓRGANO DE SEGURIDAD LABORAL?

- 1 Sí
- 2 No

23. ¿LA EMPRESA O INSTITUCIÓN DONDE TRABAJA TIENE ALGÚN PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE ACCIDENTES?

- 1 Sí
- 2 No

SECCIÓN VI. INGRESOS

24. CUÁNTO ES EL INGRESO QUE UD. PERCIBE MENSUALMENTE

- 1 Menos de 1 salario mínimo*
- 2 Un salario mínimo*
- 3 Menos de dos salarios mínimo*
- 4 Dos salarios mínimo*
- 5 Tres salarios mínimo*
- 6 Menos de tres salarios mínimo*
- 7 Cuatro a más salarios mínimo*
- 8 Otro. Especifique: _____

25. INDIQUE LA FORMA DE PAGO

- 1 Utilidades
- 2 Sueldo con bonificación
- 3 Sueldo quincenal
- 4 Salario semanal
- 5 Salario diario
- 6 Otro. Especifique: _____

26. MENCIONE OTROS INGRESOS QUE RECIBE MENSUALMENTE SU GRUPO FAMILIAR

SU GRUPO FAMILIAR	MONTO
1 <input type="radio"/> Ingresos obtenidos de otros trabajos	_____
2 Pensiones del IVSS	_____
3 Misiones sociales	_____
4 Alquiler de propiedades	_____
5 Otro. Especifique:	_____

Salario mínimo mensual Bs. 614.790,00 (seiscientos catorce mil setecientos noventa bolívares), según decreto presidencial 01/05/07

SECCIÓN VII. VIVIENDA

27. TIPO DE VIVIENDA

- 1 Quinta
- 2 Casa
- 3 Apartamento en edificio
- 4 Apartamento en casa o quinta
- 5 Anexo en casa o quinta
- 6 Rancho
- 7 Otro. Especifique: _____

28. MATERIALES PREDOMINANTES EN PAREDES

- 1 Bloque o ladrillo frizado
- 2 Bloque o ladrillo sin frisar
- 3 Madera aserrada
- 4 Adobe, tapia o bahareque frizado
- 5 Adobe, tapia o bahareque sin frisar
- 6 Otros (caña, palma, tablas y otros materiales no perdurables)

29. MATERIALES PREDOMINANTES EN TECHO

- 1 Platabanda
- 2 Teja
- 3 Fibra de cemento y similares
- 4 Láminas metálicas
- 5 Otros (caña, palma, tablas y otros materiales no perdurables)

30. MATERIALES PREDOMINANTES EN PISO

- 1 Mosaico, granito, cerámica, vinil.
- 2 Cemento
- 3 Tierra
- 4 Otros (tablas y tablonés)

31. USO DE LA VIVIENDA

- 1 Exclusivo del grupo familiar
- 2 Compartido con otra(s) familia(s)
- 3 Residencial y comercial

32. POSESIÓN DE LA VIVIENDA

- 1 Propia pagada totalmente
- 2 Propia pagándose
- 3 Alquilada
- 4 Al cuidado
- 5 Otro. Especifique: _____

33. ¿CUÁNTOS AMBIENTES TIENE SU VIVIENDA?

- 1 Uno
- 2 Dos
- 3 Tres
- 4 Cuatro
- 5 Más de cuatro

34. MENCIONE EL NÚMERO DE CUARTOS EXCLUSIVAMENTE PARA DORMIR

35. ¿CÓMO ES EL ABASTECIMIENTO DE AGUA DE SU VIVIENDA?

- 1 Acueducto
- 2 Camión cisterna
- 3 Pila pública
- 4 Otro. Especifique: _____

36. ¿COMO ES LA ELIMINACIÓN DE EXCRETAS O AGUAS SERVIDAS DE SU CASA?

- 1 Poceta a cloaca
- 2 Poceta a pozo séptico
- 3 Hoyo o letrina
- 4 Otro. Especifique: _____

37. ¿DE CUÁLES DE ESTOS SERVICIOS DISPONE SU VIVIENDA?

- 1 Electricidad
- 2 Servicio telefónico
- 3 Aseo urbano
- 4 Gas por tubería

4 Otro. Especifique: _____

5 Gas por bombonas

6 Ninguno

SECCIÓN VIII. ORGANIZACIÓN FAMILIAR

38. CUANTAS PERSONAS VIVEN EN ESTA VIVIENDA? _____

39. CUANTAS FAMILIAS VIVEN EN ESTA VIVIENDA? _____

40. QUE GRADO DE PARENTELA TIENEN ESTAS FAMILIAS ENTRE SI? (especifique por familia).

	Nombre y Apellido	Familia	Parentesco (consanguinidad y afiliación)	Parentela entre familias (afinidad)
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

41. ¿A QUE ETNIA CONSIDERE UD. QUE PERTENECE?

1 Criollo

2 Afrodescendiente (negro)

3 Indígena

4 Otro. Especifique: _____

Observaciones: _____

SECCIÓN IX. EDUCACIÓN

42. SEÑALE EL ÚLTIMO NIVEL DE INSTRUCCIÓN ALCANZADO POR UD.

1 Postgrado

2 Universitaria

3 Técnico superior

4 Secundaria completa

5 Secundaria incompleta

6 Primaria completa

7 Primaria incompleta

8 Alfabeta

9 Analfabeta

43. ESTUDIA USTED ACTUALMENTE

1 Sí

2 No

44. SI SU RESPUESTA ES AFIRMATIVA INDIQUE ¿ EN CUAL INSTITUCIÓN EDUCATIVA CURSA ESTUDIOS?

1 Institución Pública

2 Institución Privada

3 Misiones educativas

45. SEÑALE EL ÚLTIMO NIVEL DE INSTRUCCIÓN ALCANZADO POR SU PAREJA

1 Postgrado

2 Universitaria

3 Técnico superior

4 Secundaria completa

5 Secundaria incompleta

6 Primaria completa

7 Primaria incompleta

8 Alfabeta

9 Analfabeta

SECCIÓN X. SERVICIOS DE SALUD

46. ¿CUÁL SERVICIO DE SALUD UTILIZA USTED CON MAYOR FRECUENCIA?

1 Hospitales y ambulatorios del Ministerio de Salud

2 Hospitales y ambulatorios de la Gobernación

3 I.V.S.S.

4 Barrio adentro

5 Centros de diagnóstico integral (CDI)

6 Salas de rehabilitación integral (SRI)

7 Clínicas privadas

8 Otro. Especifique: _____

47. ¿TUVO UD. PROBLEMAS DE SALUD BUCAL QUE LE HAYAN IMPEDIDO REALIZAR ALGUNAS DE SUS ACTIVIDADES LA SEMANA PASADA?

1 Sí

49. SI SU RESPUESTA ES NO, ¿PORQUÉ NO ACUDIÓ?

1 Considere que no era necesario

2 El centro de salud no tiene la consulta que necesitaba

3 El centro de salud queda lejos de la casa

4 Otro. Especifique: _____

50. ¿CUANTO TIEMPO TARDA UD. PARA LLEGAR DESDE SU CASA HASTA UN SERVICIO DE SALUD?

1 Menos o igual a 15 min.

2 De 16 a 30 min.

3 De 31 a 45 min.

4 De 46 a 60 min.

5 60 min. y más

2 No

48. ¿ACUDIÓ A ALGÚN SERVICIO DE ODONTOLÓGIA?

1 Si
2 No

51. ¿CUÁNTO TIEMPO TARDA UD. DESDE SU LLEGADA A LA CONSULTA HASTA SER ATENDIDO?

1 Menos o igual a 15 min.
2 De 16 a 30 min.
3 De 31 a 45 min.
4 De 46 a 60 min.
5 60 min. y más.

SECCIÓN XI. ABASTECIMIENTO Y SEGURIDAD ALIMENTARIA

52. INDIQUE CUÁLES PRODUCTOS CONSUME MAYORIARIAMENTE SU GRUPO FAMILIAR.	53. DONDE ADQUIERE ESTOS PRODUCTOS				54. HA TENIDO DIFICULTAD PARA CONSEGUIR ESTOS PRODUCTOS		55. CUANDO LOS ADQUIERE SE ENCUENTRAN SUFICIENTEMENTE DISPONIBLES	
	Super M.	Mercal	Abaste	Otro	Si	No	Si	No
1 <input type="radio"/> Arroz								
2 <input type="radio"/> Caraoas negras								
3 <input type="radio"/> Papas								
4 <input type="radio"/> Plátano								
5 <input type="radio"/> Leche en polvo								
6 <input type="radio"/> Huevos								
7 <input type="radio"/> Carne de pollo								
8 <input type="radio"/> Azúcar								
9 <input type="radio"/> Harina precocida								
10 <input type="radio"/> Aceite								

SECCIÓN XII. RECREACIÓN

56. ¿QUE ACTIVIDADES DE RECREACIÓN REALIZA UD?

1 Paseos al aire libre
2 Ver televisión
3 Reuniones familiares
4 Practica de algún deporte
5 Otro. Especifique: _____

57. ¿CON QUE FRECUENCIA REALIZA UD. ACTIVIDADES RECREATIVAS CON SU GRUPO FAMILIAR?

1 Semanal
2 Quincenal
3 Una vez al mes
4 Ocasionalmente
5 Nunca

SECCIÓN XIII. SERVICIOS COMUNALES

58. ¿DE CUÁLES DE LOS SIGUIENTES SERVICIOS DISPONE SU COMUNIDAD?

1 Transporte público
2 Pavimentación de vías de acceso
3 Servicio telefónico
4 Recolección de basura
5 Mercado de alimentos
6 Casas de alimentación
7 Canchas deportivas

8 Casa comunal
9 Infocentros
10 Centro de comunicaciones privados
11 Módulo o caseta policial
12 Parques de recreación
13 Otro. Especifique: _____

SECCIÓN XIV. PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD

59. ¿QUÉ TIPO DE ORGANIZACIONES EXISTEN EN SU COMUNIDAD?

1 Comités de salud
2 Comités de tierra
3 Mesas técnicas de agua
4 Mesas técnicas de energía y gas
5 Grupos culturales
6 Comités de educación
7 Comités de deportes
8 Junta de vecino
9 Otro. Especifique: _____

60. PERTENECE UD. A ESTAS ORGANIZACIONES

1 Si
2 No

61. SI SU RESPUESTA ES AFIRMATIVA: ¿EN CALIDAD DE QUÉ PARTICIPA UD.?

1 Vocero o vocera de algún comité de trabajo
2 Miembro activo de algún comité
3 Colaborador ocasional
4 Otro. Especifique: _____

62. SI SU RESPUESTA ES AFIRMATIVA: ¿CON QUÉ FRECUENCIA PARTICIPA EN ESTAS ORGANIZACIONES?

1 Siempre
2 Ocasionalmente
3 Nunca

SÓLO PARA SER LLENADO POR LOS INVESTIGADORES RESPONSABLES

CLASE SOCIAL DEL NÚCLEO DE CLASE (según criterios establecidos):

CLASE SOCIAL DEL NÚCLEO DE CLASES SEGÚN SU IDENTIFICACIÓN:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ENCUESTADOR: _____ Firma _____

NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR: _____ Firma _____

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
MINISTERIO POPULAR DE CIENCIA Y TECNOLOGÍA
PROYECTO NACIONAL: PERFIL SOCIO EPIDEMIOLÓGICO BUCAL DE LAS ETNIAS VENEZOLANAS

OTROS MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR DEL NÚCLEO DE CLASES
ECONÓMICAMENTE ACTIVOS (15 AÑOS A MÁS)

SECCIÓN I. IDENTIFICACIÓN DEL NÚCLEO DE CLASE

1. NOMBRES Y APELLIDOS _____

2. FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____

3. GENERO
1 Femenino
2 Masculino

4. NACIONALIDAD: V E

5. ESTADO CIVIL
1 Soltero(a)
2 Casado(a)
3 Divorciado(a)
4 En concubinato
5 Otro. Especifique: _____

SECCIÓN II. PUEBLOS INDÍGENAS

6. CUÁL ES LA ACTIVIDAD PRODUCTIVA EN LA QUE TRABAJA

ACTIVIDAD	DESTINO DE LA PRODUCCIÓN		
	Auto-consumo	Venta	Intercambio (trueque)
1 Agricultura			
2 Pesca			
3 Pastoreo			
4 Avicultura			
5 Tejido			
6 Cestería			
7 Alfarería			
8 Carpintería			
9 Ebanistería			
10 Tallado			

SECCIÓN III. CLASE SOCIAL

7. SITUACIÓN LABORAL
LA SEMANA PASADA USTED SE ENCONTRABA:
1 Trabajando
2 Sin trabajar pero tengo trabajo
3 Cesante o desempleado
4 Buscando trabajo por primera vez
5 En quehaceres del hogar
6 Estudiando sin trabajar
7 Pensionado o jubilado sin trabajar
8 Incapacitado sin trabajar
9 Otro. Especifique: _____

8. ¿CUÁL ES EL OFICIO QUE DESEMPEÑA(BA) EN EL SITIO DONDE TRABAJA(BA)

9. EN ESTE TRABAJO USTED ES Ó ERA:
* Empleado(a) u obrero(a):
1 Fijo (a)
2 Contratado(a)
3 Ocasional
4 Trabajador(a) por cuenta propia
5 Empleador(a) o patrono(a)
6 Miembro de cooperativa
7 Ayudante familiar no remunerado
8 Servicio doméstico

10. ESTE NEGOCIO EMPRESA Ó INSTITUCIÓN DONDE TRABAJA(BA) ES:
1 Privado

13. CUÁL ES LA ACTIVIDAD DE LA EMPRESA Ó INSTITUCIÓN DONDE TRABAJA(BA)
1 Agricultura y Ganadería.
2 Pesca.
3 Minería y Petróleo.
4 Industria Manufacturera.
5 Electricidad, gas y agua.
6 Construcción.
7 Comercio.
8 Hoteles y Restaurantes.
9 Transporte, almacenamiento y comunicaciones.
10 Actividades Inmobiliarias y Empresariales.
11 Instituciones Financieras (Banca, Finanzas)
12 Salud y Servicios Sociales.
13 Enseñanza.
14 Administración Pública y Defensa.
15 Otros servicios.
16 Economía Informal
17 Otro. Especifique: _____

14. CUÁNTO ES EL INGRESO QUE UD. PERCIBE MENSUALMENTE
1 Menos de 1 salario mínimo*
2 Un salario mínimo*
3 Dos salarios mínimo*
4 Menos de dos salarios mínimo*
5 Tres salarios mínimo*
6 Menos de tres salarios mínimo*
7 Cuatro a más salarios mínimo*
8 Otro. Especifique: _____

2. Público			
11. SI TRABAJA ACTUALMENTE, ¿TIENE UD. CONTRATO DE TRABAJO EN LA EMPRESA O INSTITUCIÓN DONDE LABORA?			
1	Si		
2	No		
12. ¿CUÁNTAS PERSONAS TIENE APROXIMADAMENTE LA EMPRESA O INSTITUCIÓN DONDE TRABAJA(BA)?			
1	Una	5	De 21 a 50
2	De 2 a 5	6	De 51 a 100
3	De 6 a 10	7	De 101 a 200
4	De 11 a 20	8	De 201 a más
15. INDIQUE LA FORMA DE PAGO		Salario mínimo mensual Bs. 614.750,00 (seiscientos catorce mil setecientos noventa bolivares), según decreto presidencial 01.05.07	
1	<input type="radio"/> Utilidades		
2	<input type="radio"/> Sueldo con bonificación		
3	<input type="radio"/> Sueldo quincenal		
4	<input type="radio"/> Salario semanal		
5	<input type="radio"/> Salario diario		
6	<input type="radio"/> Otro. Especifique:		

Proyecto Nacional: Perfil socio-epidemiológico bucal de las etnias venezolanas

	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px;">17/16</td> <td style="padding: 2px;">11/21</td> <td style="padding: 2px;">26/27</td> </tr> <tr> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">47/46</td> <td style="padding: 2px;">31/41</td> <td style="padding: 2px;">36/37</td> </tr> </table>	17/16	11/21	26/27				47/46	31/41	36/37
17/16	11/21	26/27								
47/46	31/41	36/37								

ESTADO DE LA DENTICIÓN Y TRATAMIENTO NECESARIO

		55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
Corona														
Raíz														
Tratam														

		85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			
	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
Corona														
Raíz														
Tratam														

Dientes primarios Corona	Dientes Permanentes Corona	SITUACIÓN	TRATAMIENTO
A	0	Sano	0 Ninguno
B	1	Cariado	P Preventivo
C	2	Obturado con caries	F Obturación de fisura
D	3	Obturado sin caries	1 Obturación de una superficie
E	4	Perdido por caries	2 Obturación de 2 ó más superficies
	5	Perdido por otro motivo	3 Corona por cualquier motivo
F	6	Fisura obturada	4 Carilla
G	7	Soporte de puente, corona, implantes	5 Cuidado de la pulpa y restauración
	8	Diente sin brotar (corona) o raíz cubierta	6 Extracción
T	T	Traumatismo (fractura)	7 * Necesidad de otra asistencia
	9	No registrado	9 No registrado

Índice de Caries Radicular (A partir de 35 años)

RN	Recesión gingival presente, superficie radicular sana
RD	Recesión gingival presente, superficie radicular carada
RF	Recesión gingival presente, superficie radicular obturada
NR	Sin recesión gingival en ninguna superficie, la UCE no es visible, sin caries radicular, sin obturación radicular
M	Diente perdido
9	No Registrado

* Especifique cual asistencia.

ERUPCIÓN DENTARIA (5 a 18 años)

	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37

0	No erupcionado
1	Un tercio
2	Hasta 2/3
3	Tres tercios
9	No registra

ANOMALIAS DENTOFACIALES Índice de Estética Dental (DAI) (12 a 18 años)

DENTICIÓN Superior Inferior Dientes incisivos, caninos y premolares perdidos (maxilar superior e inferior): indique el número de dientes

ESPACIAMIENTO

<input type="text"/> Apilamiento en los segmentos de los incisivos	<input type="text"/> Separación en los segmentos de los incisivos	<input type="text"/> Diastema en mm	<input type="text"/> Máxima Irregularidad anterior del maxilar en mm	<input type="text"/> Máxima Irregularidad anterior de la mandíbula en mm
---	--	--	---	---

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>0</td><td>Sin apilamiento</td> </tr> <tr> <td>1</td><td>Un segmento apilado</td> </tr> <tr> <td>2</td><td>Dos segmentos apilados</td> </tr> </table>	0	Sin apilamiento	1	Un segmento apilado	2	Dos segmentos apilados	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>0</td><td>No hay separación</td> </tr> <tr> <td>1</td><td>Un segmento con separación</td> </tr> <tr> <td>2</td><td>Dos segmentos con separación</td> </tr> </table>	0	No hay separación	1	Un segmento con separación	2	Dos segmentos con separación
0	Sin apilamiento												
1	Un segmento apilado												
2	Dos segmentos apilados												
0	No hay separación												
1	Un segmento con separación												
2	Dos segmentos con separación												

OCCLUSIÓN

<input type="text"/> Superposición anterior del maxilar superior en mm	<input type="text"/> Superposición anterior de la mandíbula en mm	<input type="text"/> Mordida abierta anterior vertical en mm	<input type="text"/> Relación molar anteroposterior
---	--	---	--

0	Normal
1	Semiocclusión
2	Occlusión completa

NECESIDADES DE PRÓTESIS (A partir de 15 años)

0	No necesita
1	Necesita y no tiene
2	Tiene adecuada
3	Tiene inadecuada
9	No registrado

Superior Inferior

TIPO DE PRÓTESIS

0	Ninguno
1	Prótesis Parcial Removible
2	Prótesis Total
3	Prótesis Fija
9	No registrado

Superior Inferior

HABITOS (Ceder uno X en los cuillos)

NECESIDAD INMEDIATA DE ASISTENCIA Y CONSULTA

Proyecto Nacional: Perfil socio-epidemiológico bucal de las etnias venezolanas

1	Bruñido	Dolor o infección	<input type="checkbox"/>	0	Ninguno
2	Respiración Bucal			1	Presente
3	Deglución Atípica			9	No registrado
4	Succión Digital				
9	No registrado				

Nombre del examinador: _____

**Instrumento antropológico
Perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas**

Nº de Cuestionario:	Realizado por:	Fecha:
---------------------	----------------	--------

ESTADO: _____ MUNICIPIO: _____
 PARROQUIA: _____ COMUNIDAD: _____
 DIRECCIÓN: _____
 Fecha: _____ Número de visita al núcleo familiar: 1° _____ 2° _____ 3° _____ 4° _____

1. DATOS PERSONALES

Nombres y Apellidos: _____

1.1 Lugar de Nacimiento: _____
 Fecha de Nacimiento: Día: _____ Mes: _____ Año: _____
 1.2 V: _____ 1.3 E: _____ 1.4 Sexo: 1.4.1. M: _____ 1.4.2. F: _____
 1.5. Tipo de Unión: 1.5.1. Casado: _____ 1.5.2. Soltero: _____
 1.5.3. Divorciado: _____ 1.5.4. Concubinatio: _____ 1.5.5. Otros: _____
 1.6. Oficio: _____

3. DATOS DEL PADRE

Nombres y Apellidos: _____

3.1. Fecha de Nacimiento: Día: _____ Mes: _____ Año: _____
 3.2. V: _____ 3.3. E: _____ 3.4. Sexo: 3.4.1. M: _____ 3.4.2. F: _____
 3.5. Tipo de Unión: 3.5.1. Casado: _____ 3.5.2. Soltero: _____
 2.5.3. Divorciado: _____ 3.5.4. Concubinatio: _____ 3.5.5. Otros: _____
 2.6. Oficio: _____

4. DATOS DEL ABUELO PATERNO

Nombres y Apellidos: _____

4.1. Fecha de Nacimiento: Día: _____ Mes: _____ Año: _____
 4.2. V: _____ 4.3. E: _____ 4.4. Sexo: 4.4.1. M: _____ 4.4.2. F: _____
 4.5. Tipo de Unión: 4.5.1. Casado: _____ 4.5.2. Soltero: _____
 4.5.3. Divorciado: _____ 4.5.4. Concubinatio: _____ 4.5.5. Otros: _____
 4.6. Oficio: _____

5. DATOS DE LA ABUELA PATERNA

Nombres y Apellidos: _____

5.1. Fecha de Nacimiento: Día: _____ Mes: _____ Año: _____
 5.2. V: _____ 5.3. E: _____ 5.4. Sexo: 5.4.1. M: _____ 5.4.2. F: _____
 5.5. Tipo de Unión: 5.5.1. Casado: _____ 5.5.2. Soltero: _____
 5.5.3. Divorciado: _____ 5.5.4. Concubinatio: _____ 5.5.5. Otros: _____
 5.6. Oficio: _____

6. DATOS DE LA MADRE

Nombres y Apellidos: _____

6.1. Fecha de Nacimiento: Día: _____ Mes: _____ Año: _____
 6.2. V: _____ 6.3. E: _____ 6.4. Sexo: 6.4.1. M: _____ 6.4.2. F: _____
 6.5. Tipo de Unión: 6.5.1. Casado: _____ 6.5.2. Soltero: _____
 6.5.3. Divorciado: _____ 6.5.4. Concubinatio: _____ 6.5.5. Otros: _____
 2.6. Oficio: _____

7. DATOS DE LA ABUELA MATERNA

Nombres y Apellidos: _____

7.1. Fecha de Nacimiento: Día: _____ Mes: _____ Año: _____
 7.2. V: _____ 7.3. E: _____ 7.4. Sexo: 7.4.1. M: _____ 7.4.2. F: _____
 7.5. Tipo de Unión: 7.5.1. Casado: _____ 7.5.2. Soltero: _____
 7.5.3. Divorciado: _____ 7.5.4. Concubinatio: _____ 7.5.5. Otros: _____
 7.6. Oficio: _____

8. DATOS DEL ABUELO MATERNO

Nombres y Apellidos: _____

8.1. Fecha de Nacimiento: Día: _____ Mes: _____ Año: _____
 8.2. V: _____ 8.3. E: _____ 8.4. Sexo: 8.4.1. M: _____ 8.4.2. F: _____
 8.5. Tipo de Unión: 8.5.1. Casado: _____ 8.5.2. Soltero: _____
 8.5.3. Divorciado: _____ 8.5.4. Concubinatio: _____ 8.5.5. Otros: _____
 2.6. Oficio: _____

9. DATOS DEL CONYUGE

Nombres y Apellidos: _____

9.1. Fecha de Nacimiento: Día: _____ Mes: _____ Año: _____
 9.2. V: _____ 9.3. E: _____ 9.4. Sexo: 9.4.1. M: _____ 9.4.2. F: _____
 9.5. Tipo de Unión: 9.5.1. Casado: _____ 9.5.2. Soltero: _____
 9.5.3. Divorciado: _____ 9.5.4. Concubinatio: _____ 9.5.5. Otros: _____
 9.6. Oficio: _____

10. DATOS DEL PADRE DEL CONYUGE

Nombres y Apellidos: _____

9.1. Fecha de Nacimiento: Día: _____ Mes: _____ Año: _____
 9.2. V: _____ 9.3. E: _____ 9.4. Sexo: 9.4.1. M: _____ 9.4.2. F: _____
 9.5. Tipo de Unión: 9.5.1. Casado: _____ 9.5.2. Soltero: _____
 9.5.3. Divorciado: _____ 9.5.4. Concubinatio: _____ 9.5.5. Otros: _____
 9.6. Oficio: _____

