

Tesis de Maestría en Ciencias Odontológicas

Opción Salud Colectiva y Epidemiología Bucal

TÍTULO. Determinación social y salud bucal: propuesta operativa de análisis a partir de la periodontitis y la pérdida dentaria en adultos y adultos mayores de Montevideo

Autora Dra. Irene Fígoli

TUTORA PhD. Dra. Susana Lorenzo

COTUTOR PhD Gabriel Otálvaro

Equipo responsable

AUTORA Dra. Irene Fígoli

Odontóloga.

Asistente, Grado 2, Departamento de Salud Colectiva. F.O Udelar.

TUTORA Profa. Agada. PhD. Dra. Susana Lorenzo

CO-TUTOR PhD Gabriel Otálvaro

ESTADÍSTICO Mg. Lic. Fernando Massa

CONTEXTO DONDE SE REALIZÓ LA INVESTIGACIÓN

Maestría en Ciencias Odontológicas

Énfasis disciplinar salud colectiva y epidemiología bucal

Facultad de Odontología Universidad de la República

Agradecimientos

A la Facultad de Odontología de la Universidad de la Republica por fomentar el desarrollo académico con compromiso social.

A Susana y Gabriel por su orientación y dedicación que lograron superar las barreras de la distancia.

A Fernando por su paciencia admirable.

A Silvana por la confianza y contención que fueron imprescindibles para transitar esta etapa.

A Fio, por la motivación, el apoyo y por todos los momentos compartidos que fortalecieron nuestra amistad e hicieron este trayecto mucho más disfrutable.

A mis compañeras y compañeros del Departamento de Salud Colectiva; Dante y Pato por su cariño y ayuda. A Romi, Vicky, Agus, Mónica, Renzo, Joaco, Seba y Gabi por nuestros lunes abrazadores fundamentales para iniciar la semana con alegría.

A mis hermanos y primos por impulsarme a que todo es posible, no sería quien soy sin su existencia.

A mi mamá y mi papá por trasmitirme con amor los valores de la clase trabajadora.

A Simón, Inés y Juan por hacer que todo valga la pena.

Resumen

Concebir la salud bucal como un proceso y producto social complejo, hace necesario un abordaje teórico-metodológico colectivo que trascienda a la asociación externa de factores que analice los procesos de salud enfermedad inmersos en un contexto histórico, demográfico y social, y genere transformaciones que favorezcan a la salud bucal de la comunidad. Por esta razón el presente trabajo realizó un abordaje desde la determinación social.

Objetivo: Analizar cómo las clases sociales y el territorio se relacionan con la expresión de la periodontitis y la pérdida dentaria (PD) en adultos (35-44 años) y adultos mayores (65-74 años) residentes en Montevideo. **Metodología:** Se trabajó con datos secundarios del Primer Relevamiento Nacional de Salud Bucal de Jóvenes y Adultos Uruguayos 2011. Se utilizaron datos sobre periodontitis, PD, condiciones socioeconómicas y hábitos de la población de Montevideo de entre 35-44 años y 65-74 años. Se tomó en cuenta la ocupación para definir la posición de clase social. A partir de la variable ocupación se definieron tres clases sociales de servicio, intermedia y trabajadora. Se analizaron los perfiles socio-demográficos de cada clase y su relación con el territorio (municipios), la periodontitis y la PD. **Resultados:** Las clases precaria e intermedia se distribuyen principalmente en los municipios de la periferia y la de servicio en los de centro-este de Montevideo. En la clase de servicio el 85,3% de los hogares presenta por lo menos una persona con estudios universitarios, siendo 21,5% y 39,8% para precarios e intermedios. La atención odontológica pública en la clase precaria fue de 44,6%, en la intermedia de 29,6% y en la de servicio de 14,7%. La clase precaria presenta mayor prevalencia de periodontitis y PD con respecto a las otras dos clases. **Conclusiones:** Cada clase social construye relaciones específicas con el territorio, generando procesos de producción y consumo vinculados con diferentes formas de expresión de la periodontitis y la PD.

Palabras claves: determinación social, periodontitis, pérdida dentaria.

Summary

Conceiving dental health as a complex social process requires a collective theoretical-methodological approach that goes beyond merely associating external factors. It demands deep analysis of processes related to health and disease, which are immersed in a historical, demographic and social context. This approach intends to foster changes that benefit the whole community's dental health. For this reason, this paper examines the problem from a social perspective. Objective: To analyze how social class and territory influence the emergence of periodontal disease (PD) and tooth loss (TL) in adults who reside in Montevideo. We targeted two main groups: adults between 35 and 44 years old, and elderly people between 65 and 74 years old. Methodology: We obtained data from the First National Dental Health Survey of Uruguayan Youth and Adults (2011). We used data on PD and TL from people between 35 and 44 and 65 to 74 years of age living in Montevideo. We took into account their socioeconomic background as well as their habits. In order to define their class position we considered the participants' occupation. The socio-demographic profiles of each social class were analyzed together with the participants' territory of residency (municipalities) and their PD and TL data. Results: The low and working classes are distributed mainly in municipalities A, D and G. The service class is in Ch and C. Public dental care was used by 44.6% of the precarious class, 29.6% of the middle class used public dental care, whereas only 14.7% of the service class used it. Within the service class, 85.3% of households have at least one person with university education meanwhile there is only 21.5% in the precarious and 39.8% in the middle class. The precarious class has a higher prevalence of PD and TL compared to the other two classes. Conclusions: Each social class builds specific relationships with the territory, this generates production and consumption processes that modulate the emergence of PD and TL.

Keywords: social determination, periodontitis, tooth loss

Lista de siglas

EP- Enfermedad Periodontal

PD- Pérdida Dentaria

SP- Score Periodontal

INSE- Índice de Nivel Socioeconómico

NBI- Necesidades Básicas Insatisfechas

CPI- Índice Periodontal Comunitario

CPOD- Dientes Cariados Perdidos y Obturados

SNIS- Sistema Nacional Integrado de Salud

PIAS- Plan Integral de Atención a la Salud

ENASEB- Estudio Nacional de Salud Bucal

IAMPP- Instituciones de Asistencia Médica Privada de Profesionales

PIP- Perdida de Inserción Periodontal

BP- Bolsa Periodontal

Lista de Tablas

TABLA 1 Clases sociales a partir de la ocupación.....	18
TABLA 2 Matriz de componentes de la determinación social.....	20
TABLA 3 Score Periodontal.....	22
TABLA 4 Distribución de personas por Municipio de Montevideo.....	25
TABLA 5 Clase social territorio edad y sexo.....	27
TABLA 6 Clases sociales y su relación a la matriz de modo de vida.....	33
TABLA 7 Análisis multivariado de las clases sociales.....	35
TABLA 8 Clases sociales pérdida dentaria	36
TABLA 9 Dentición no funcional distribución por sexo y clase.....	36
TABLA 10 Análisis multivariado PD.....	36
TABLA 11 SP territorio, edad y sexo.....	37
TABLA 12 Score periodontal en relación a la matriz de modos de vida.....	38
TABLA 13 Análisis multivariado del score periodontal.....	40
TABLA 14 Comparaciones múltiples post-hoc según municipio.....	41

Lista de figuras y gráficos

FIGURA 1 Municipios de Montevideo.....	11
FIGURA 2 Estrategia de análisis.....	23
GRÁFICO 1 Distribución de clases sociales por municipios de Montevideo.....	26

Tabla de contenidos

Resumen.....	IV
Lista de siglas	VII
Lista de Tablas.....	VIII
Lista de figuras y gráficos	IX
1. Antecedentes y justificación.....	1
2. Hipótesis de trabajo.....	14
3. Objetivos	14
3.1 Objetivo general.....	14
3.2 Objetivos específicos	14
4. Aspectos metodológicos.....	15
4.1 Análisis de datos.....	16
4.2 Análisis Estadístico	22
4.3 Consideraciones éticas.....	24
5. Resultados.....	24
5.1 Características generales.....	24
5.2 Clases sociales	25
5.3 Modos de vida.....	27
5.3.1 Condiciones consumo	27
5.3.2 Salud bucal y modos de vida.....	30
5.4 Periodontitis y pérdida dentaria.....	35
5.4.1 Pérdida dentaria.....	35
5.4.2 Periodontitis en relación al territorio, edad, sexo y matriz de modos de vida.....	37
5.4.3 Descripción SP territorio y clases	39
5.5 Síntesis de resultados.....	41
5.6 Limitaciones y fortalezas	42
6. Discusión	42
6.1 Clases sociales y territorio	43
6.2 Modos de vida.....	45
6.3 Salud bucal.....	48
7. Conclusión	49
8. Referencias	52
10 Anexo 1	1

11	Anexo 2.....	1
12	Anexo 3.....	8

1. Antecedentes y justificación

La determinación social como perspectiva teórico-metodológica de la salud surge en la segunda mitad del siglo XX teniendo como sustento a la Medicina Social-Salud Colectiva, planteándose como una alternativa a la epidemiología clásica (Morales Borrero et al., 2013).

La Salud Colectiva, entre otros conceptos fundamentales, incorpora una mirada socio-histórica del proceso de salud enfermedad, a través del método materialista dialéctico (Breilh et al., 1983).

Uno de los referentes latinoamericanos de la Medicina Social-Salud Colectiva, Breilh (2010a), a través de una propuesta contrahegemónica y multidimensional, plantea una mirada compleja del proceso salud enfermedad, reconociendo diversas dimensiones y órdenes en donde su carácter contradictorio es generador de movimiento. Ese intercambio dialéctico se articula en tres dimensiones: general, particular y singular (Breilh, 2010a). La dimensión general (sociedad general) engloba a las características socio-históricas de carácter político, económico, ideológico y cultural, que van a condicionar las fuerzas y las relaciones de producción.

La dimensión particular involucra el modo de vida de los grupos sociales, donde se genera un intercambio de los individuos con la naturaleza a través del consumo y la producción, proceso que está vinculado al territorio geográfico y a la clase social. Por lo que el modo de vida incluye conductas grupales inmersas en un contexto socio-histórico, incorporando elementos simbólicos de la vida cotidiana. Al interior de cada clase social se generan diferencias en los procesos de producción y consumo (Breilh, 2010b).

La dimensión singular se relaciona con el estilo de vida y es la más próxima a los sujetos. En esta dimensión se observan particularidades biológicas, además de la distribución y frecuencia del proceso salud-enfermedad (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012).

Este enfoque multidimensional reconoce un metabolismo entre la sociedad y la naturaleza, que se pone de manifiesto en las tres dimensiones, creando un impacto en el ecosistema. Se forja una relación dialéctica donde el ecosistema también influye en la sociedad y las personas (Breilh, 2017).

A su vez, en estas dimensiones se van a generar las dinámicas de los procesos protectores y destructivos para la salud. De esta manera se incorpora el concepto de **proceso** haciendo una ruptura con el concepto clásico de **factores** utilizado por la epidemiología tradicional (Morales Borrero et al., 2013).

Por otra parte, se introduce una concepción importante como es la subsunción de lo simple en lo complejo y de lo biológico en lo social (Morales & Eslava, 2014). Esto se expresa en cómo los componentes del nivel estructural inciden sobre los modos de vida (nivel particular) y se concretan sobre los estilos de vida, el fenotipo y el genotipo (nivel singular).

Si bien existe una relación jerárquica en estos movimientos, los procesos del dominio singular tienen un margen de autonomía relativa que pueden operar a contracorriente, generando cambios en la estructura dominante (Breilh, 2010a). Este intercambio no se genera en una temporalidad lineal, se da de manera simultánea y en diálogo con los diversos contextos sociales e históricos (Breilh, 2017). Esto implica una ruptura con la linealidad del conocimiento, estableciendo la necesidad de un pensamiento complejo de la producción y la distribución de la salud (Breilh et al., 1983).

Dicha distribución va a estar en relación con el territorio habitado, siendo este el espacio donde se expresan las condiciones materiales de las sociedades, que configuran el bienestar o malestar de los sujetos que lo habitan (Borde & Torres-Tovar, 2017).

Para poder comprender el proceso de salud-enfermedad es necesario incorporar una mirada histórica-territorial. En el territorio se articulan un conjunto de relaciones y procesos de reproducción de los diversos grupos sociales en un espacio geográfico específico con determinados atributos. La población que allí habita comparte características económicas, sociales y culturales (Blanco Gil & Arellano López, 2010).

A su vez, el proceso salud-enfermedad se manifiesta de manera diferente según la forma de inserción social de las personas en la estructura de relaciones sociales.

Estas diferencias se expresan como desigualdades en los diversos grupos sociales que afectan la calidad de vida de los individuos (Arcaya et al., 2015).

Las inequidades son entendidas por algunos autores como aquellas desigualdades que denotan diferencias injustas, por lo tanto innecesarias y evitables (Arcaya et al., 2015). Es por esto que el concepto de equidad incorpora elementos éticos relacionados con la justicia social y los derechos humanos (Gómez, 2002).

Desde la perspectiva de la determinación social, la desigualdad es la expresión empírica de la inequidad (Breilh, 1999). La inequidad refiere al modo en que una sociedad se organiza, donde las condiciones históricas y las relaciones sociales determinan concentración de poder de unos grupos sobre otros. Esta desigualdad en las relaciones de poder se observa desde los inicios de la humanidad con la división sexual del trabajo y la acumulación de poder masculina. En el transcurso de la historia y junto con la construcción de una cultura patriarcal, se excluye a las mujeres de los recursos productivos, basándose en relaciones laborales y familiares opresivas que se ponen de manifiesto en la sociedad en su conjunto (Breilh, 1999).

Con la conformación de las clases sociales, la inequidad se relaciona con tres fuentes interdependientes: la condición de género, la etnia y la situación de clase (Breilh, 2010b).

Desde esta perspectiva, la inequidad debe ser entendida como un proceso histórico, inherente a una sociedad que no permite el bien común, y para su estudio es muy importante identificarlas en las relaciones de producción y reproducción social (Morales Borrero et al., 2013).

La clase social es la característica estructural determinante del modo de vida (dimensión particular) donde se reproducen procesos ideológicos, políticos y relaciones de propiedad (Breilh, 2017).

La categoría clase social es de suma importancia para la comprensión de las particularidades de los grupos sociales y sus relaciones. En el área de la salud, comprender las características de éstos y entender sus modos de vida permite entre otras cosas analizar las diferencias de la morbilidad entre los grupos. Por

lo tanto es de suma importancia la investigación de las clases en relación a la salud.

El estudio de las clases sociales como determinante de las diferentes manifestaciones en la distribución de la salud, la enfermedad y la muerte ha tenido un importante desarrollo intelectual (Clemenceau et al., 2016).

Para el análisis de las clases sociales, dos autores como Goldthorpe y Wright las conciben a partir de los vínculos que establecen entre sí, enmarcándose en un esquema teórico relacional de clase. Goldthorpe se lo describe como un neweberiano y a Wright neomarxista (Regueira, 2012).

Goldthorpe utiliza categorías ocupacionales de forma relacional para generar un esquema de clases. Las pautas para la estratificación son: a) la propiedad/no propiedad de medios de producción, b) la diferencia entre empleadores, autoempleados y empleados, c) el carácter manual/ no manual del trabajo, d) y el tipo de relación de empleo (Regueira, 2012).

Para la construcción de las clases de aquellos que no poseen medios de producción, toma en cuenta la forma de regulación del trabajo y la estabilidad. Estos elementos van a estar vinculados a la relación generada con el empleador, que puede ser a través de un contrato de trabajo (mucha supervisión e intercambio de salario por fuerza de trabajo) o por una relación de servicio (intercambio más difuso y relación de trabajo más a largo plazo).

El autor plantea dos dimensiones vinculadas al trabajo: la especificidad de los bienes o activos y el grado de supervisión. Cuando el trabajo requiere formación muy general y poco específica, no hay dificultades de supervisión y hay fuerza laboral disponible en el mercado. De lo contrario, trabajos que requieren conocimiento especializado o mayor experticia, presentan dificultades en la supervisión y menor disponibilidad en el mercado laboral (Clemenceau et al., 2016).

Considerando estos elementos, conforma tres clases en escala jerárquica: clase de servicio, clase intermedia y clase trabajadora. A partir de ellas elabora varios esquemas subdividiéndolas. En el más actual presenta las tres clases mencionadas y un total de 11 categorías elaboradas en base a los cuatro criterios establecidos anteriormente (Breen R. et al., 2005).

Por otra parte, Wright plantea que las relaciones de clases son antagónicas y basadas en la explotación, derivada de relaciones de producción específicas.

El autor se centra en la explotación para la construcción de las clases en donde los miembros de cada una comparten intereses materiales comunes, y a su vez están relacionados a los intereses de otras clases mediante la explotación. Esto permite al explotador apropiarse del excedente para obtener mayor bienestar y poder económico, consumiendo parte de él o controlando la asignación del mismo (Clemenceau et al., 2016).

Wright realiza la conformación de las clases basándose en tres formas de explotación: explotación en relación a la propiedad de bienes de capital, en el control de bienes de organización y en la posesión de bienes de cualificación. A partir de esto genera tres posiciones básicas en las relaciones de clase: la burguesía (propiedad económica y control de medios físicos de producción y fuerza de trabajo de otros), el proletariado (ni propiedad ni control), y la pequeña burguesía (posee y controla sus medios de producción, no controla la fuerza de trabajo de otros) (Regueira, 2012).

En el análisis de Wright las personas pueden tener más de una posición de clase, siendo explotados en una dimensión de las relaciones de clase, pero en explotadores en otra. Por lo que agrega tres posiciones contradictorias: directivos, pequeños empleadores y empleados semiautónomos. A partir de estos elementos el autor construye un esquema de doce clases sociales (Regueira, 2012).

En Uruguay, en la tesis “La dimensión económica de la estructura de clases del Uruguay 2000-2010: caracterización y evolución” (Regueira, 2012), basada en la teoría de Wright, se tomó en cuenta la ocupación del jefe de hogar para definir la posición de clase. Se consideró al jefe de hogar como la principal fuente de ingresos que marca la posición del resto de los miembros del hogar.

En dicha tesis se valoró la ocupación como el indicador de la posición en el mercado y fue considerada el mecanismo que tienen los sujetos para acceder a los elementos necesarios para la vida (Regueira, 2012).

El estudio mencionado establece siete grupos: propietarios, directivos, cuenta propia sin local, miembros de cooperativas de producción, asalariados semiautónomos, clase asalariada, no clasificables. Cada grupo puede ser

fraccionado tomando en cuenta objetivos particulares o diferentes intereses económicos y políticos. Esto muestra la heterogeneidad existente al interior de cada grupo.

En este trabajo se observó que en el Uruguay existe una gran clase asalariada (58,3% de los hogares Uruguayos) con su mayoría inserta en el sector privado. De los propietarios (24,3%), el 92,7% pertenecen a la producción urbana y el 7,3% a la producción rural (Regueira, 2012).

Teniendo en cuenta las diversas características de la población vinculadas al territorio y sus actividades, es de suma relevancia comprender como pertenecer a una clase social influye en la salud de las personas, entendiendo al ser humano en su naturaleza social. Es importante tener una mirada integral, considerando todos los elementos que se relacionan con el proceso salud-enfermedad y abarcando las diversidades socio-culturales que inciden en su construcción.

Para el abordaje social de la salud, la epidemiología históricamente ha presentado diferentes modelos, muchas veces en confrontación (Breilh, 2013). Actualmente la epidemiología social anglosajona, da sustento al enfoque de los determinantes sociales de la salud y se enmarca en una corriente positivista. Por otro lado, la epidemiología crítica latinoamericana es la base de la determinación social de la salud, haciendo un planteo contra hegemónico (Breilh, 2013).

La Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) de la OMS, con interés en actualizar los planteos de Alma Ata, es quien desarrolla un abordaje de la salud desde los determinantes sociales. Esto implica comprender que las condiciones de salud en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, están profundamente influenciadas por factores estructurales tales como la organización y gestión de las políticas y programas sociales, situación socioeconómica, cultural y medioambiental (OMS, 2013).

Este enfoque analiza las consecuencias de la distribución inequitativa de los recursos, pero no pone el centro de la discusión en las razones que las provocan. Plantea una crítica cuidadosa, evitando cuestionar el sistema social en su conjunto, sin proponer un análisis profundo en torno a las políticas macroeconómicas, sociales y públicas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012).

A su vez, si bien considera a la riqueza y el poder como elementos generadores de inequidad en salud, no los enmarca como procesos históricos, invisibilizando las relaciones de determinación generadas por el sistema económico (Breilh, 2013). Este paradigma no ha logrado avanzar en la comprensión de la salud- enfermedad como un proceso colectivo determinado históricamente, el cual se expresa de manera diferente según los grupos sociales (Breilh, 2013).

Desde esta mirada tradicional se sigue entendiendo a la salud bucal como un problema individual, responsabilidad de cada persona. De esta forma su abordaje es desarticulado y excluye elementos sociales, culturales y económicos que son claves en el modo de vida y de gran influencia en la salud bucal (Pardo Romero & Hernández, 2018).

Al observar las enfermedades bucales en los países con ingresos medios y bajos, la prevalencia tiende a aumentar. A su vez, dentro de cada país se distingue una gran polarización en la distribución de las mismas, donde los grupos sociales más vulnerables concentran mayor enfermedad (Peres et al., 2019).

Por otro lado, muchas veces estas enfermedades no son tratadas porque implican un costo que excede los recursos disponibles. La carga económica que generan abarca desde gastos en el tratamiento (costos directos), faltas al trabajo o escuela (costos indirectos) y costos intangibles vinculados al dolor, dificultad para hablar, comer y expresar emociones. En suma, estas enfermedades deben ser asumidas como un problema de salud pública a nivel global (Peres et al., 2019).

En el mundo, las enfermedades bucales más prevalentes son la caries, periodontitis y PD. Estas tienen un carácter crónico y en determinadas condiciones tienden a acumularse a lo largo del tiempo. Estas características hacen que los adultos presenten una gran cantidad de patología bucal y por lo tanto mayores necesidades de atención.

Esta particularidad hace que las patologías bucales, su incidencia en la salud general y la calidad de vida encuentren su mayor relación en la vejez (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012).

En el contexto latinoamericano la esperanza de vida se ha incrementado en las últimas décadas y esto se expresa en un aumento de la población adulta mayor, hecho que trae un gran impacto en la atención a la salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012). En lo que respecta a la salud bucal implica un importante desafío, ya que en la mayoría de los países los costos de los tratamientos son una barrera para el acceso a la atención (Peres et al., 2019).

Considerando a la periodontitis, diversos autores han demostrado que es una enfermedad crónica socialmente modelada (Sheiham & Nicolau, 2005). Algunos factores asociados sobre los que existe evidencia son: hábito de fumar, presencia de enfermedades como diabetes tipo 1 y 2 con ausencia de control médico y osteoporosis; posiblemente obesidad y dietas con consumo inadecuado de calcio y vitamina D (Fehrenbach, 2013).

Elementos como el estrés, la ansiedad, la depresión y nivel socioeconómico bajo se expresan a nivel individual alterando el sistema inmunológico y generando periodontitis. Estas circunstancias muchas veces afectan los cuidados de salud y entre ellos los hábitos de higiene (Sheiham & Nicolau, 2005).

A su vez, tener menores ingresos, más edad, pertenecer a una etnia diferente de la blanca, ser hombre, así como poseer menos instrucción, aumentan la posibilidad de desarrollar periodontitis (Vettore et al., 2014).

En base a la clasificación de las enfermedades y condiciones periodontales y peri-implantarias del año 2017, se refiere a la enfermedad periodontal como periodontitis, es por esto que en el presente trabajo se alude a ella de esta manera. La periodontitis, es entendida como una enfermedad inflamatoria crónica multifactorial, vinculada a un biofilm disbiótico, que se caracteriza por la destrucción progresiva de los tejidos de soporte dentario (Tonetti, 2018).

Algunas de las manifestaciones clínicas de la periodontitis son la presencia de bolsa periodontal, pérdida de inserción ósea, encía marginal engrosada de color rojo azulado, hemorragia gingival y supuración, movilidad dentaria, diastemas y dolor.

La prevalencia de la periodontitis según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Estados Unidos (NHANES) de 2009-2010, tomando en cuenta la

definición de caso de CDC/AAP en adultos mayores de 30 años, fue de 47% (8,7 % leve, 30 % moderada y 8,5 % severa) (Thornton-Evans, 2013).

En la encuesta nacional de Brasil realizada en el año 2010, se determinó que las personas de 35-44 años con bolsas de 4 mm presentaron una prevalencia de 27% y bolsas de 6 mm o más fue de 6,9% (Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. Ministério da Saúde., 2012).

En Uruguay, a partir del Primer Relevamiento Nacional de Salud Bucal de Jóvenes y Adultos 2011, se determinó que la prevalencia de periodontitis en personas adultas (35-44) y adultas mayores (65- 74) es de 21,8% para periodontitis moderada y 9,12% para severa (S. M. Lorenzo et al., 2015).

La periodontitis como consecuencia última puede provocar la pérdida dentaria; del 30 al 35 % de las extracciones están relacionadas con ella. Esta pérdida crea necesidades de tratamientos protésicos costosos para el sistema de salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012).

Está comprobado que la periodontitis y la caries dental son la principal causa de la PD, generando muchas veces edentulismo en personas adultas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012).

La situación de edentulismo refleja las inequidades existentes entre los grupos sociales. A su vez, la pérdida dentaria aumenta el riesgo a la disminución de peso, puede afectar la estética, el habla y la masticación, genera problemas sociales vinculados con la comunicación y la salud mental, deteriorando la calidad de vida de las personas (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012) (Al-Rafee, 2020).

El edentulismo es un estado irreversible que afecta principalmente a las personas mayores y es considerado un problema de salud pública. Este fenómeno tiende a disminuir en los países desarrollados y no así en los países en vías de desarrollo. Sin embargo, el aumento de la esperanza de vida y el debido envejecimiento de la población podría incidir en el incremento de la prevalencia de la pérdida dentaria total.

Uruguay presenta una prevalencia de pérdida dentaria severa de 53% para las personas adultas mayores y de 10% para adultos (S. M. Lorenzo et al., 2015).

En Grecia se constató que en ancianos la periodontitis es la principal causa de

perdida dentaria (66,17%), mientras que en los jóvenes dicha perdida es causada por caries (56,12%) (Chrysanthakopoulos, 2011).

Considerando el género, varios estudios plantean la hipótesis de que el edentulismo es más frecuente en mujeres que en hombres (Vettore et al., 2014).

Por otra parte, tener menores ingresos, menor nivel educativo y deterioro de la salud general inciden en la pérdida dentaria (Vettore et al., 2014). Las personas más pobres y con menor educación de todas las edades tienen mayor probabilidad de ser desdentadas (Vettore et al., 2014).

Dentro de cada país la distribución se da de forma diferente. En Brasil, los estados industrializados y considerados más ricos tienen menor prevalencia de edentulismo (Vettore et al., 2014).

La diferencia en la distribución de las patologías bucales entre los países y a la interna de cada uno denota la importancia de comprender la complejidad del territorio. El territorio se vuelve entonces un elemento que contribuye a comprender los procesos que conectan con la salud y la vida. Es en él donde se genera los procesos de producción y reproducción social, los cuales marcan las desigualdades en la salud- enfermedad y la muerte de los grupos (Borde, 2017).

En el escenario urbano se observan estas contradicciones y es por esto que el presente trabajo se centra en la ciudad de Montevideo, usando como unidad de agregación los municipios, por lo que a continuación se describirán algunas características generales de los mismos.

La descripción de los municipios se realizará principalmente haciendo una comparación entre los de la periferia (A D F G) y el centro-este de la ciudad (B C CH E). Es importante tener en cuenta las limitaciones de implicar agregados de población y territorios relativamente grandes ya que se pierden las heterogeneidades al interior de cada municipio (Aguiar 2021).

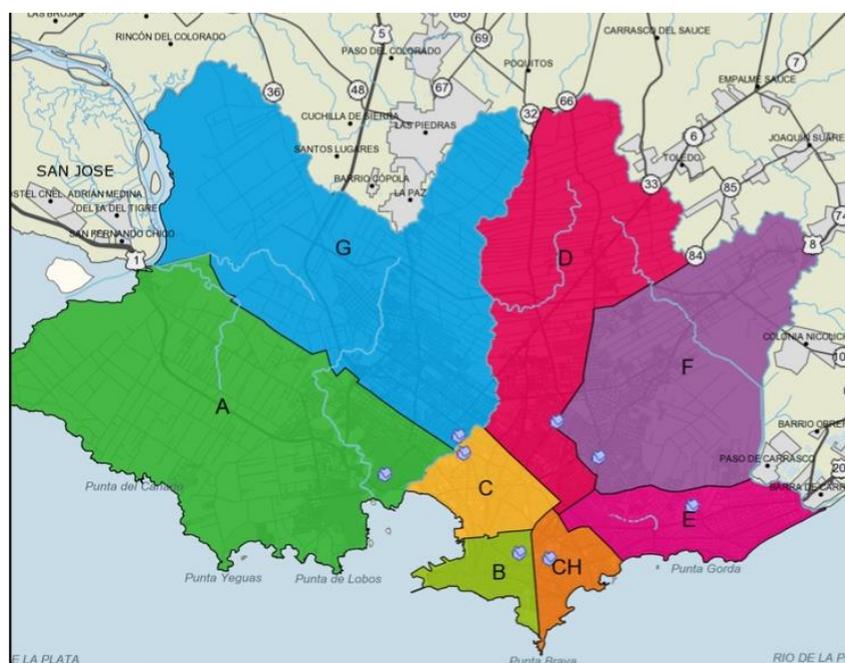
En la década del 90, desde el gobierno de Montevideo, comenzaron propuestas de descentralización política, administrativa y social. Estas medidas tuvieron por objetivo lograr mejoras en la gestión pública, respondiendo a las necesidades de la comunidad y fomentando la participación ciudadana. Se

plantea un orden territorial local que implica un cambio cultural y político (Rivor, 2000).

Para la implementación de estas transformaciones, en el Uruguay se creó el «tercer nivel de gobierno». En el año 2009 a través de la Ley N° 18567 de Descentralización Política y Participación Ciudadana se fundaron los gobiernos municipales (Schelotto, 2012).

Montevideo se encuentra dividida en 8 Municipios, cada uno a cargo de los Consejos Municipales colectivos, elegidos por los ciudadanos pertenecientes al municipio. Se denominan de la A a la G.

FIGURA 1 Municipios de Montevideo



Nota: <https://intgis.montevideo.gub.uy/pmapper/map.phtml?&config=default&me=548000,613000,596000,6162000>

Considerando las variables sociodemográficas y comparando los municipios periféricos con los del centro y este de Montevideo, se observa que en la periferia existe una mayor cantidad de menores de cinco años, al igual que niños y adolescentes de entre 5 y 19 años. Esto explica que el promedio de hijos de los hogares es mayor en los municipios periféricos.

Por otra parte, en los municipios periféricos una de cada dos mujeres de entre 15 y 19 años tiene un hijo, mientras que en el municipio CH este valor es casi 10 veces menor (0,06). Este es un importante indicador de segregación social (Aguiar, Borrás, 2021).

La distribución de personas afrodescendientes es diferente según sea la periferia o del centro este de la ciudad. Los municipios F y D tienen siete veces más individuos afro con respecto al municipio CH y tres veces más con respecto a los B, C y E (Aguiar, Borrás, 2021).

Tomando en cuenta los ingresos, la proporción de personas bajo la línea de pobreza en el Municipio D es de 22,4% y en el A 19,9% (Aguiar, Borrás, 2021). Mientras que en el municipio CH es de 0,6% y en el C en el entorno de 3,5%. Estas diferencias se acentúan si se considera la proporción de niños que viven en hogares pobres (Aguiar, Borrás, 2021).

En cuanto la educación, en los municipios A y D, el 44,8% y 43,8% respectivamente viven en hogares con clima educativo bajo, mientras que en el CH es un 6%. En relación a la edad, casi la mitad de los niños de entre 6 y 12 años de los municipios de la periferia (A, D y F) viven en hogares de clima educativo bajo, mientras que en el municipio CH ese valor corresponde al 1,6%(Aguiar, Borrás, 2021).

Con respecto las necesidades básicas insatisfechas (NBI)¹, las personas con al menos una NBI tanto en el municipio D (40,3%) como en el municipio A (38,3%), presentan valores superior al promedio departamental (26,8%) y nacional (33,8%) (OPP,2023). Este indicador en el municipio G (30,9%) tiene un promedio inferior al nacional. Por otro lado, tanto el municipio CH y C presentan valores inferiores a la media departamental y nacional (9,5% y 16% respectivamente) (OPP, 2023).

Los indicadores vinculados al trabajo describen que los municipios F (11,7%), A y D (11,4%) presentan tasas de desempleo superiores a los del CH (6,1%), seguidos del E (8,6%) y el C (9,1%). En cuanto al trabajo informal (sin aportes),

¹ Las necesidades básicas consideradas son seis: vivienda decorosa, abastecimiento de agua potable, servicio sanitario, energía eléctrica, artefactos básicos de confort, educación.

este valor es en el entorno del 25% para los municipios de la periferia (A, D y F) y no superan el 10% en los del centro de la ciudad (B, C y CH) (Aguiar, Borrás, 2021).

Por otra parte el 22% de las personas del municipio A viven en asentamientos, 14,2% en el D y 10,5% en el G. Mientras que en los municipios B, C y CH este dato ronda entre 0% y 0,2%(Aguiar, Borrás, 2021).

Se visualiza como históricamente existe una construcción de las territorialidades barriales donde existe una urbanización al centro de la ciudad y asentamientos que se plasman principalmente en los márgenes de Montevideo.

Existen variaciones importantes entre los diferentes municipios de Montevideo, particularmente entre los centrales y los periféricos. Se constata mejores niveles en la mayoría de los indicadores en los municipios de centro y este de la ciudad en comparación con los de la periferia, pudiéndose reflejar dinámicas generales de la ciudad que evidencian marcadas desigualdades territoriales (Aguiar, Borrás, 2021).

Estas particularidades sociales, económicas y demográficas de cada municipio ¿cómo se relacionan con la salud bucal y particularmente con la periodontitis y la PD?

La mayoría de los estudios vinculados a la periodontitis y PD presentan un abordaje principalmente cuantitativo, relacionando el comportamiento de las enfermedades con factores de riesgo y definiendo mayor susceptibilidad de las personas según el nivel de exposición que presenten a estos factores. Desde esta mirada se justifica el accionar sobre los factores de riesgo perdiéndose de vista la importancia de generar cambios estructurales que modifiquen sustancialmente el desarrollo de las enfermedades.

Concebir la salud bucal como un proceso y producto social complejo, hace necesario un abordaje teórico-metodológico colectivo, que trascienda a la asociación externa de factores y analice los procesos de salud-enfermedad inmersos en un contexto histórico, demográfico y social. Estos elementos permiten profundizar en el conocimiento para poder generar transformaciones que favorezcan la salud bucal de la comunidad (Breilh, 2017).

2. Hipótesis de trabajo

Las desigualdades en la distribución de la periodontitis y PD en Montevideo son expresiones singulares relacionadas con el territorio y la clase social.

3. Objetivos

3.1 Objetivo general

Analizar cómo las clases sociales y el territorio se relacionan con la expresión de la periodontitis y PD en adultos (35-44 años) y adultos mayores (65-74 años) residentes en Montevideo.

3.2 Objetivos específicos

- Describir los perfiles socio-demográficos de las clases sociales establecidas.
- Analizar las características de las clases sociales y su relación con la periodontitis y la PD.
- Analizar cómo se distribuye la periodontitis y PD en las diferentes clases sociales de Montevideo.
- Determinar la distribución de la periodontitis y PD en los diferentes Municipios de Montevideo y su relación con aspectos socio-demográficos.
- Analizar los perfiles de las clases en relación con las características de los Municipios y su expresión en el desarrollo de la periodontitis y PD.

4. Aspectos metodológicos

A continuación se describirán las características y métodos utilizados para poder cumplir con los objetivos planteados. Por otra parte se realizará una breve descripción de las características generales del Relevamiento Nacional de Salud Bucal de Jóvenes y Adultos Uruguayos 2011.

El presente trabajo se trata de un estudio retrospectivo con componentes descriptivos y analíticos. El subconjunto de la muestra del estudio original es de 253 personas adultas de entre 35 y 44 años y adultos mayores de 65 a 74 años.

Los datos secundarios fueron tomados del Primer Relevamiento Nacional de Salud Bucal de Jóvenes y Adultos Uruguayos 2011 (S. Lorenzo et al., 2013). Se utilizó información sobre periodontitis, pérdida dentaria (PD), condición socioeconómica y hábitos de la población de Montevideo de entre 35-44 años y 65-74 años.

Dicho relevamiento consistió en un estudio poblacional nacional, por muestreo en dos fases. En la primera, se usó como marco muestral cuatro olas de la encuesta continua de hogares (ECH) para llegar al tamaño de muestra necesarios para la estimación de prevalencias cercanas al 50 % con un efecto diseño de 1,5 y no respuesta de 20 % en seis dominios de estimación (3 tramos de edad y Montevideo/Interior). En la segunda fase se sorteaban algunas personas elegibles de las cuatro olas de la primera fase que “sobran”. Se recabó información sobre los principales problemas de salud bucal y necesidades de tratamiento en los grupos de edad de 15-24, 35-44 y 65-74, utilizando los criterios de la OMS (Organización Mundial de la Salud, 1997). Para la periodontitis se utilizó el índice periodontal comunitario (CPI) realizándole modificaciones, ya que no sólo se evaluó la peor situación del sextante sino que se registró por separado la prevalencia de sangrado, sarro y bolsa periodontal. También se relevó la pérdida de inserción periodontal (PIP) (Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. Ministério da Saúde., 2012).

A su vez se registraron hábitos (fumar, consumo de alcohol, ingesta de frutas y verduras), utilización de servicios de salud y auto percepción de la salud de las personas examinadas.

En el estudio se evaluó la condición socioeconómica para lo que se utilizó el Índice de Nivel Socioeconómico (INSE) en su versión reducida (Fernández, 2004). Este indicador, a partir de un sistema de puntaje, genera una predicción de la capacidad de consumo de los hogares, estableciendo puntos de corte que definen los límites de diferentes estratos.

El INSE en su versión reducida incluye nueve variables (cada una con un peso determinado) y son las siguientes: 1) ocupación del jefe del hogar; 2) nivel educativo (al menos una persona con educación terciaria en el hogar); 3) cantidad de preceptores de ingresos; 4) hogar (características de la vivienda, servicios y bienes; servicio doméstico en el hogar); 5) heladera con freezer; 6) TV color; 7) automóvil; 8) tarjetas de crédito internacionales; 9) número de baños de la vivienda. El índice resultante genera una escala numérica ascendente que se estratifica generando diferentes grupos.

Para profundizar en la metodología del relevamiento ya mencionado, puede consultarse la publicación correspondiente (S. Lorenzo et al., 2013). Se adjunta en **Anexo 2** cuestionario y **Anexo 3** ficha de examen.

4.1 Análisis de datos

En base a los datos disponibles y al marco teórico desarrollado se comenzará por describir la conformación de las clases sociales.

Como se mencionó anteriormente, una de las variables utilizadas para construir el INSE fue la ocupación. Esta se tomó en cuenta para definir grupos considerándola la base potencial de las clases sociales, y entendiendo que la inserción en las relaciones sociales de producción va a estar caracterizada por relaciones de explotación y dominación. Los jubilados, pensionistas y desocupados fueron evaluados según su última ocupación.

Tomando en cuenta las características de los datos disponibles, se construyó la categoría clase social considerando los lineamientos desarrollados por

Goldthorpe. Igualmente fue necesario realizar algunas modificaciones para poder agrupar los datos.

Siguiendo los criterios de Goldthorpe, se tomaron en cuenta las siguientes pautas: a) la propiedad / no propiedad de medios de producción, b) la diferencia entre empleadores, autoempleados y empleados, c) el carácter manual / no manual del trabajo, d) y el tipo de relación de empleo.

Para la construcción de las clases de aquellos que no poseen medios de producción, la relación de empleo se vinculó con la especificidad de los bienes o activos y el grado de supervisión del trabajo.

Con estos criterios se conformaron las siguientes clases:

- **Clase de servicio**

La clase de servicio se caracteriza por poseer niveles relativamente altos de formación. Esta clase presenta autonomía y dificultad de supervisión, por lo que muchas veces las relaciones laborales son relaciones de confianza.

- **Clase Intermedia**

Se encuentran en una posición ambigua respecto a su tipo de contrato laboral y a la dificultad de supervisión. Esta clase se puede estratificar en trabajo *manual* o *no manual*.

- **Trabajadores precarios**

La relación laboral es muchas veces a término, realizándose un intercambio de dinero (calculado en relación a las horas de trabajo) por fuerza de trabajo. La autonomía es baja, así como también la dificultad de supervisión.

TABLA 1. Clases sociales a partir de la ocupación

	Ocupación	Nivel de especificidad y supervisión	Categoría del relevamiento
Servicio	Directivos patrones(se incorpora de la clasificación de Fresneda, 2016)(Instituto Nacional de Salud & Observatorio Nacional de Salud, 2016) Profesionales, administrativos y funcionarios de bajo grado; técnicos de alto grado; directivos en pequeños negocios y empresas pequeñas; supervisores de empleados no manuales	Altos niveles de especificidad y difícil supervisión de su trabajo-relación de servicio	Patrón con personal a cargo. Profesional universitario
Intermedia	Cualificación media Trabajador manual/ No manual	Combinación entre: Alta especificidad– Baja dificultad de supervisión Baja especificidad– Alta dificultad de supervisión	Cuenta propia técnico profesional no universitario (trabajadores independientes con empresa propia que hayan estudiado, maestros, profesores) Cuenta propia con inversión /trabajadores manuales especializados /trabajador manual no especializado público
Trabajadores Precarios	Trabajadores manuales semicualificados y no cualificados.	Baja especificidad del bien, baja dificultad de supervisión y relación laboral contractual	Changas/cuenta propia sin inversión. /empleada doméstica/empleados manual no calificado privado/ no trabaja/ renta de sus Negocios

A partir de esta clasificación se describe la distribución de las clases sociales en el territorio de Montevideo, analizando cómo se expresa la periodontitis y la PD en las diferentes clases y municipios del departamento.

El análisis de las clases y sus perfiles sociodemográficos se complementaron con información de otras fuentes vinculada a indicadores económicos y sociales que caracterizan a los diferentes municipios.

Los municipios tomados en cuenta son aquellos en donde se encontró mayor representación de cada clase.

La categoría sexo se analizó desde una perspectiva de género. Si bien este dato fue recabado como la diferencia biológica entre mujer – hombre, se considera como una construcción sociocultural que posiciona de manera diferente a los grupos sociales según su género, en este caso hombre mujer (femenino-masculino). Estas diferencias son desigualdades en donde los roles, funciones y características asociadas a la mujer son considerados socialmente inferiores (Espinar-Ruiz, 2007).

Luego de establecer las clases sociales, se determinaron los patrones vinculados al modo de vida de cada una. Para definir los perfiles de las clases sociales, se realizó una aproximación práctica al modelo de la determinación social, para lo que se elaboró una matriz tomando como referencia trabajos en investigación basados en los conceptos de Breilh (Breilh, 2017).

Uno de los estudios de referencia fue el IV Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB) realizado en Colombia (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012).

A la matriz de componentes de la determinación social utilizada en la ENSAB se le realizaron una serie de modificaciones en relación a los datos disponibles del Primer Relevamiento Nacional de Salud Bucal de Jóvenes y Adultos Uruguayos 2011.

En la matriz se colocaron elementos que hacen al modo de vida, en este caso relacionado con la salud bucal, identificando prácticas y significados cotidianos que hacen a la identidad cultural y a las condiciones de vida de los grupos-personas.

Estas categorías se analizaron desde la dimensión particular a través de las clases sociales, identificando patrones de comportamiento relacionados con el modo de vida. De esta manera se intentó comprender cómo el modo de vida afecta la salud bucal de los diferentes grupos.

TABLA 2. Matriz de componentes de la determinación social

	Componentes	Tópicos	Preguntas del Relevamiento Nacional
Modo de vida	Condiciones de consumo	Acceso a los servicios de salud. (consumo ampliado)	Quando está enfermo se atiende en... ¿Dónde se atiende cuando tiene problemas de salud con su boca y/o dientes?
		Educación (consumo ampliado)	¿Algún integrante de su hogar tiene estudios universitarios, ya sea completos o incompletos, incluyéndose a Ud.?
		Patrones de alimentación, consumo de tabaco y alcohol. (consumo simple)	Consumo de frutas y verduras suficiente (igual o mayor a 5 porciones diarias) Fumas a diario. Toma alcohol a diario.
	Salud bucal y modos de vida	La salud bucal y su relación con el trabajo, el estudio o actividad cotidiana	No concurrió al trabajo debido a sus dientes o boca. Tuvo dificultades para realizar las actividades que suele realizar todos los días
		La salud bucal y las relaciones Interpersonales.	Redujo su participación en actividades sociales. Fue menos tolerante con su pareja, familiar cercano o amigos.
		Percepción sobre estado de la dentadura	¿Piensa que necesitaría atención actualmente? ¿Existen Motivos que le dificultan mantener su boca sana? Dificultad para masticar los alimentos Dificultad para hablar o pronunciar palabras

			Tuvo dificultades en su aspecto, apariencia (estéticas) debido a sus dientes Evitó sonreír debido a sus dientes
		Patrón de práctica de higiene bucal	¿Cada cuánto cepilla sus dientes?

Las preguntas del relevamiento fueron divididas en dos categorías de respuestas.

Para el *consumo de frutas y verduras* **suficiente** se consideró aquellas personas que consumen 5 porciones diarias o más (OMS, 2001).

Para las variables consumo de *tabaco y alcohol*, en la categoría **si** se agrupó a aquellas personas que consumen todos los días.

La *atención odontológica* fue considerada **privada** cuando fue brindada en consultorio particular, clínica particular, cooperativa/Redentis/Anda.

Para el *cepillado*, la categoría **suficiente** fue integrada por aquellas personas que presentan una frecuencia igual o mayor a dos veces al día (Lorenzo, 2015).

Para la PD se realizaron las siguientes categorías: **dentición funcional**, cuando presenta más de 20 piezas en boca; **pérdida severa** 9 dientes perdidos o más y **edentulismo** (Laguzzi et al., 2016).

Considerando que la periodontitis puede provocar pérdida dentaria y edentulismo (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012), surge la pregunta sobre el número de personas edéntulas o con pérdida dentaria que llegaron a dicha situación por causa de dicha enfermedad. Es posible que esta situación genere un subregistro de la periodontitis sobre todo en personas adultas mayores, lo que se traduciría en una subestimación en su prevalencia. A su vez, tener menores ingresos incide en la pérdida dentaria (Vettore et al., 2014), por lo tanto, la clase precaria también podría presentar un sub registro de periodontitis vinculada a sus posibles consecuencias (pérdida dentaria).

Tomando en cuenta esta situación, se utilizó el indicador creado en el trabajo "*Características moduladoras de la periodontitis y su influencia en la severidad de la misma, en pacientes de Facultad de Odontología, Uruguay*" (Curbelo y et

al., 2022). Este indicador genera un score en base a los valores de pérdida de inserción periodontal (PIP) y bolsa periodontal (BP) (registrados sobre los dientes índice del CPI) y la PD (registrada a partir del CPOD), donde valores más altos corresponden a situaciones de salud bucal más comprometidas, mientras que valores más bajos representan situaciones más saludables como se muestra en la Tabla 3.

TABLA 3 Score Periodontal

Puntaje				Descripción
PIP		BP	PD	
<=3mm	0	<=3mm	0	Suma los puntajes de cada condición en los dientes índice del CPI de cada sextante y del número de piezas perdidas x 0,1875
4-5mm	1	4-5mm	1	
>=6mm	2	>=6mm	2	

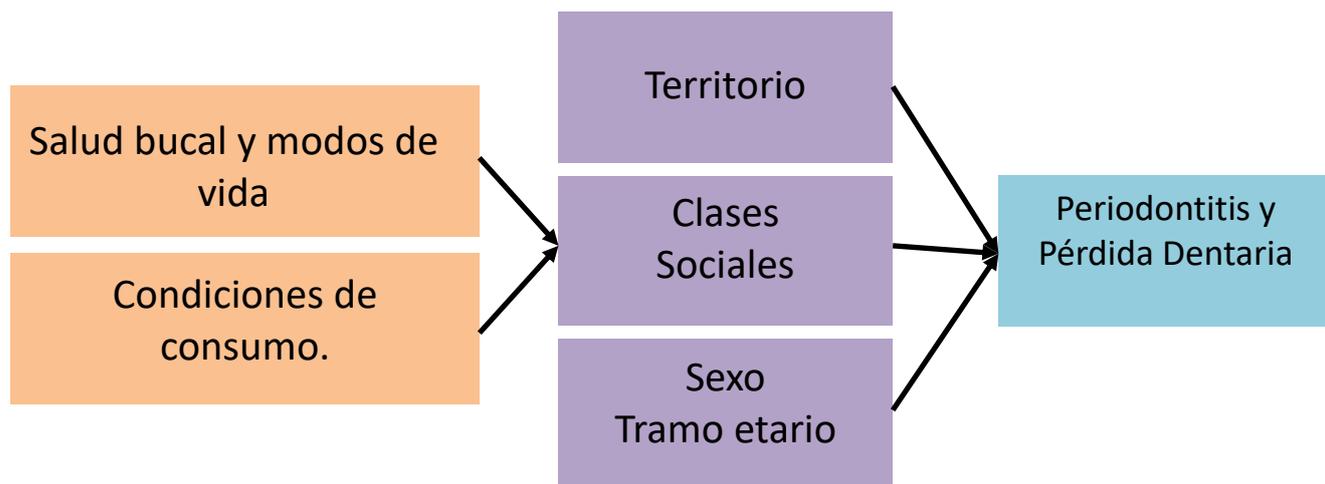
Para la construcción de este indicador, se tuvo en cuenta la fuerte influencia que puede tener el número de piezas perdidas por sobre PIP y BP, por lo que se decidió reducir la influencia de la PD en el resultado final, empleando una constante de normalización. Esta constante fue determinada de modo tal de que la máxima contribución de PD fuese igual a la de PIP y BP.

4.2 Análisis Estadístico

La estrategia de análisis consideró la descripción inicial de la muestra mediante medidas de resumen. En el caso de las variables cualitativas se realizaron frecuencias absolutas y relativas, mientras que en las variables cuantitativas se emplearon la media y el desvío estándar. Este análisis fue llevado a cabo de forma univariada y bivariada, considerando las clases sociales, la periodontitis (utilizando el score periodontal) y la PD. Se determinó la presencia de asociación estadística empleando los test de independencia de Pearson (en el

caso cualitativo) y el test de análisis de varianza (en el caso cuantitativo). La siguiente etapa del análisis consideró la exploración de la relación entre la periodontitis (empleando el *score* periodontal) y la PD, con el territorio (empleando los municipios) y las clases sociales, ajustando por las variables desarrolladas en la matriz del modo de vida (empleando *condiciones de consumo y de la salud bucal y modos de vida*). Este análisis fue llevado a cabo en dos etapas. En la primera, se construyó una regresión logística de *odds* proporcionales donde se buscó determinar la asociación entre las variables de la matriz del modo de vida con respecto a las clases sociales. Luego, se empleó una regresión lineal múltiple para determinar la diferencia entre valores promedio del *score* entre las tres clases sociales y entre los ocho municipios considerados, ajustando por sexo y tramo etario. El motivo por el que se optó por realizar el análisis de esta manera, fue para lograr captar el efecto indirecto de las variables de la matriz sobre la periodontitis a través de las clases sociales (véase Figura 2). Se determinó significancia estadística empleando un nivel de significación del 5%. Todos los procedimientos estadísticos fueron llevados a cabo en el software R 4.1.2.

FIGURA 2 Estrategia de análisis



4.3 Consideraciones éticas

El presente trabajo fue presentado ante el Comité de Ética e Investigación de la FO (aprobado el 5/12/22. Exp No. 091900-000019-22). También fue registrado en el Ministerio de Salud Pública (trámite 5253763).

5. Resultados

Este capítulo comenzará con la descripción general de la muestra. Luego se expondrán las características de cada clase en relación al sexo, edad y distribución en el territorio (municipios de Montevideo).

A continuación se referirá a los modos de vida a través de la matriz expuesta en la metodología. Para esto, se tomará en cuenta los aspectos vinculados a patrones de consumo, educación y acceso a la salud de cada clase. Luego se expondrán los elementos que se desprenden de la matriz, vinculados a la salud bucal. Para cada variable, se describirá su distribución considerando el sexo y la edad (adultos- adultos mayores).

Posteriormente se expondrá lo referente a la pérdida dentaria y periodontitis (SP). La PD se describirá en relación a la clase, sexo y la edad. La periodontitis se describirá en relación al territorio, el sexo y las variables de la matriz del modo de vida.

Por otra parte se realizará una síntesis de resultados, para luego finalizar con las limitaciones y fortalezas de los resultados.

5.1 Características generales

De las 253 personas, el 43,4% fueron hombres y 56,5% mujeres.

Tomando en cuenta la edad, 50,5% pertenecen al tramo etario entre 35 y 44 años, y el resto entre 65 y 74 años. En lo referente a la actividad laboral, el 34,7% de los participantes son jubilados y 65,2% son activos.

La distribución de personas por municipio de Montevideo se puede observar en la tabla 4.

TABLA 4 Distribución de personas por Municipio de Montevideo

Municipios	%
A	15,42%
B	8,30%
C	9,88%
CH	12,25%
D	16,60%
E	11,07%
F	12,25%
G	14,23%
Total general	100,00%

La distribución de los participantes según la clase social indica que el 47% pertenece a la clase *trabajadores precarios*, 38% a la *intermedia* y 13% a la clase de *servicio*.

Con respecto a la educación el 37% de los hogares presentan por lo menos un integrante con estudios universitarios y el 70% de las personas tiene prestador de salud privado.

5.2 Clases sociales

La clase precaria está conformada por los siguientes rubros laborales: changas, cuenta propia sin inversión, empleadas domésticas, empleados manuales no calificados en el sector privado. La distribución según sexo muestra que el 56,2% son mujeres y el 43,8% hombres. En esta clase son más los adultos que los adultos mayores (tabla 5).

La clase intermedia está conformada por los rubros cuenta propia, técnico profesional no universitario o trabajadores independientes con empresa propia que hayan estudiado, maestros o profesores, cuenta propia con inversión, trabajadores manuales especializados, trabajadores manuales no especializado en el ámbito público. Al considerar el sexo un 56,1% son mujeres y 43,9% de hombres. Tomando en cuenta la edad son más los adultos mayores que los adultos (tabla 5).

La clase de servicio está conformada por patrones con personal a cargo y profesionales universitarios. El 58,8% de esta clase son mujeres y el 41,2% hombres. En esta clase son más los adultos mayores que los adultos.

Considerando la distribución de las clases sociales en el territorio de Montevideo, los trabajadores precarios se ubican principalmente en el municipio A (19%) y D (18%), los trabajadores intermedios en el municipio D (17,3%) y G (15,3%); y los trabajadores de servicio en el CH (32,3%) y C (20,5%) (Grafico 1).

La distribución territorial de las clases tiene significancia desde el punto de vista estadístico (Tabla 5).

GRAFICO 1

Distribución de clases sociales por municipios de Montevideo

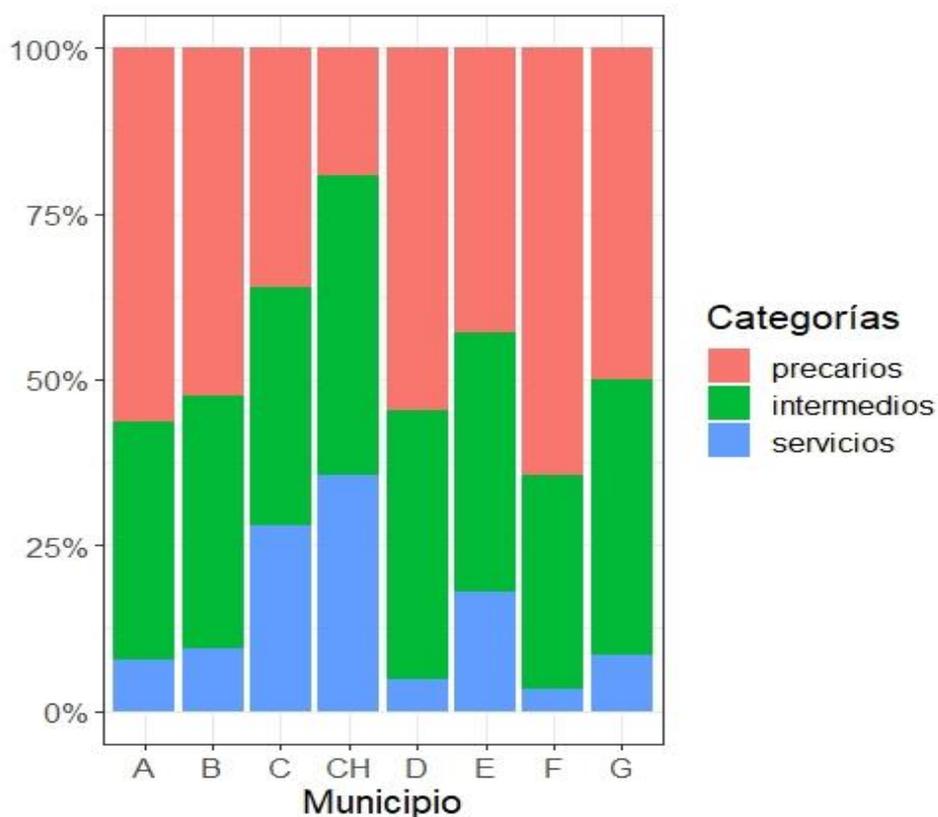


TABLA 5 Clases sociales territorio edad y sexo

	Clases sociales			Total (%)	p-valor
	Precarios	Intermedios	Servicios		
Global	121 (47,8%)	98 (38,7%)	34 (13,5%)	253	
<i>Municipios</i>					
A	22 (18,2%)	14 (14,3%)	3 (8,8%)	39 (15,4%)	0,004
B	11 (9,1%)	8 (8,2%)	2 (5,9%)	21 (8,3%)	
C	9 (7,4%)	9 (9,2%)	7 (20,6%)	25 (9,9%)	
CH	6 (5%)	14 (14,3%)	11 32,4%)	31 (12,3%)	
D	23 (19%)	17 (17,3%)	2 (5,9%)	42 (16,6%)	
E	12 (9,9%)	11 (11,2%)	5 (14,7%)	28 (11,1%)	
F	20 (16,5%)	10 (10,2%)	1 (2,9%)	31 (12,3%)	
G	18 (14,9%)	15 (15,3%)	3 (8,8%)	36 (14,2%)	
<i>Sexo</i>					
Masculino	53 (43,8%)	43 (43,9%)	14 (41,2%)	110 (43,5%)	0,956
Femenino	68 (56,2%)	55 (56,1%)	20 (58,8%)	143 (56,5%)	
<i>Tramo etario</i>					
de 35 a 44	65 (53,7%)	47 (48%)	16 (47,1%)	128 (50,6%)	0,633
de 65 a 74	56 (46,3%)	51 (52%)	18 (52,9%)	125 (49,4%)	

5.3 Modos de vida

La distribución bivariada de las variables de la matriz de modos de vida y las clases sociales puede observarse en la tabla 6. La multivariada se observa en la tabla 7.

La distribución bivariada de las variables en cada clase por sexo y edad se pueden ver en el Anexo 1.

5.3.1 Condiciones consumo

Con respecto al acceso a los servicios de salud, en la clase precaria el 43,8% se atiende en prestadores públicos, teniendo una distribución similar en

hombres (43,4%) y mujeres (44,1%) y presentando mayor porcentaje en adultos (50,8%) que en adultos mayores (35,7%). En cuanto a la atención odontológica, un 44,6% de los trabajadores precarios se atienden en servicios públicos, siendo más las mujeres que se atienden en este sector (Anexo 1). Existe un 10,7% de personas que no presentan respuesta en esta variable.

En la clase intermedia, el 26,5% se atiende en el ámbito público. En este sector se atienden más mujeres (27,3%) que hombres (25,6%) y teniendo en cuenta la edad son más los adultos mayores (27,5%) que adultos (25,5%). Con respecto a la atención odontológica el 29,6% se atiende en el sector público, un 12,2% no presenta respuesta. Al igual que en la clase precaria son más las mujeres que se atienden en el sector odontológico público (Anexo 1).

En la clase de servicio, el 17,6% se atiende en el ámbito público. Dentro de los que presentan prestador público son más las mujeres (20%) que los hombres (14,3%) y los adultos (25%) que los adultos mayores (11,1%). Para la atención odontológica el 14,7% se atiende en el sector público y un 5,9% no presenta datos. En esta clase los varones y los adultos son los que más se atienden en el sector odontológico público (Anexo 1).

Considerando a la educación, el 78% de los hogares de los trabajadores precarios no presentan personas con estudios universitarios (completos o incompletos). En aquellos hogares donde se relevaron mujeres el porcentaje con estudio universitario fue mayor (30,9%) que los varones (9,4%). Teniendo en cuenta el rango etario esta variable se comportó en forma similar (Anexo 1).

En la clase intermedia, el 60,2% de los hogares no presentan estudios universitarios, con una distribución similar en los hogares donde se relevaron hombre (39,5%) y mujeres (40,0%). Teniendo en cuenta la edad, los hogares de personas adultas mayores (41,2%), tienen mayor porcentaje de estudios universitarios con respecto a los hogares de personas adultas (38,3%).

Por otra parte el 14,7% de los hogares de la clase de servicio no presentan estudios universitarios. Hay un porcentaje mayor de hogares con estudios universitarios en donde se relevaron mujeres (mujeres 90%-hombres 78,6%) y adultos (adultos 93,8%-adultos mayores 77,8%).

Se observó que en los hogares donde al menos un miembro posee estudios universitarios, tienen 4,3 veces más chance de pertenecer a la clase de servicio con respecto a la intermedia y a la intermedia con respecto a la precaria (tabla 7).

En relación a los patrones de consumo, el 87% de los trabajadores precarios consume menos de 5 porciones de frutas y verduras diarias, cantidad considerada insuficiente. Teniendo en cuenta el sexo, en esta clase las mujeres (87,3%) que consumen una cantidad insuficiente son más con respecto a los varones (83,7%). La distribución de esta variable según rango etario es similar para los adultos (85,4%) que para los adultos mayores (86,3%) (Anexo 1).

En la clase intermedia el 81,6% come menos de 5 porciones de frutas y verduras diarias. En esta clase, las mujeres consumen más frutas y verduras que los varones, el 21,2% de las mujeres presenta un consumo diario suficiente, mientras en los varones es un 16,2%. Tomando en cuenta la edad, el 26,2% de los adultos consumen 5 porciones o más de frutas y verduras diarias, cantidad que es superior al consumo de los adultos mayores (12,8%).

En la clase de servicio, el 82,4% consume menos de 5 porciones de frutas y verduras diarias, cantidad considerada insuficiente. Son menos las mujeres (17,6%) que consumen una cantidad suficiente de frutas y verduras en comparación con los varones (23,2%). Tomando en cuenta la edad, el 23,5% de los adultos mayores consumen 5 porciones o más de frutas y verduras diarias, cantidad que es mayor al consumo de los adultos (15,4%).

Con respecto al consumo de tabaco diario, en la clase precaria un 24% fuma diariamente, siendo más los hombres (32,1%) que fuman que las mujeres (17,6%) y los adultos (30,8%) que los adultos mayores (16,1%). Con respecto al consumo de alcohol, el 6,6% presentan un consumo de alcohol diario, los hombres consumen más que las mujeres y los adultos mayores mas que los adultos (Anexo 1).

En la clase intermedia 18,4% fuma diariamente, siendo muy similar en hombres (18,6%) y mujeres (18,2%) y mayor en adultos (29,8%) que en adultos mayores (7,8%). El 28,6% de las personas que conforman esta clase toman alcohol

diariamente, los hombres y los adultos mayores son los que más consumen (Anexo1).

En la clase de servicio, un 11,8% fuma diariamente, siendo más los hombres (14,3%) que fuman que las mujeres (10,1%) y los adultos (12,5%) que los adultos mayores (11,1%). En cuanto al consumo de alcohol el 5,9% toma diariamente, los hombres y los adultos son los que más consumen (anexo 1)

5.3.2 Salud bucal y modos de vida

Tomando en cuenta la salud bucal y su relación con el trabajo, el estudio o actividades cotidianas, el 3,4% de los trabajadores precarios manifiestan haber tenido que faltar a trabajar por problemas en su salud bucal, teniendo una distribución similar en hombres (3,8%) y mujeres (3,2%). Fue mayor el porcentaje de adultos (4,8%) que no asistió a trabajar que los adultos mayores (1,9%). A su vez un 4,2% tuvo dificultad en realizar sus actividades diarias por presentar problemas en su boca, teniendo mayor porcentaje en mujeres (4,5%, hombres 3,8%) y adultos de entre 35 y 44 años (4,8%; 3,6% adultos mayores) (Anexo 1).

En la clase intermedia, un 4,4% faltó a trabajar por problemas en salud bucal, siendo mayor el porcentaje en hombres (5,6%) que en mujeres (3,7%) y en adultos (8,7%) que en adultos mayores (3,2%). Un 3,1% presentó dificultad para realizar actividades diarias debido a problemas en su salud bucal, teniendo mayor distribución en mujeres (3,7%/2,4%) y en grupo etario entre 35 y 44 años (4,3%-2,0%).

Para la clase de servicio, la salud bucal y la relación con el trabajo, el estudio o actividades cotidianas, un 3,2% faltó a trabajar y un 5,8% presentó dificultad para realizar actividades diarias debido a tener problemas en su salud bucal. Estas variables tuvieron mayor distribución en hombres que en mujeres y en adultos que en adultos mayores (Anexo 1).

Considerando a la salud bucal y su vínculo con las relaciones interpersonales, en la clase precaria, un 5% redujo su participación en eventos sociales y un 2,5% fue menos tolerante con su pareja debido a haber tenido dificultades en

su salud bucal. Estas variables presentaron mayor porcentaje en hombres que en mujeres y en adultos que en adultos mayores (Anexo 1).

En la clase intermedia, un 4,1% redujo su participación social por tener dificultades en su salud bucal, siendo mayor la cantidad de hombres (4,8%) que mujeres (3,6%) y presentando una distribución similar en ambos grupos etarios. A su vez un 5,2% fue menos tolerante con su pareja, familiares cercanos o amigos, elemento que tuvo mayor porcentaje en hombres (7,1%) que en mujeres (3,6%) y adultos (8,5%) que en adultos mayores (2,0%).

En la clase de servicio un 8,8% redujo su participación social y fue menos tolerante con su pareja, familiares o amigos por problemas en su salud bucal, siendo mayor la distribución en mujeres (mujeres 10,0%- hombres 7,1% ambas variables) y adultos mayores (adultos mayores 11,1%- adultos 6,2% ambas variables).

Por otra parte, las personas que manifestaron ser menos tolerantes con su pareja por problemas en su boca tuvieron 8 veces más chance de pertenecer a la clase de servicio respecto a la intermedia, y a la clase intermedia con respecto a la precaria (tabla 7).

En cuanto a la percepción que tienen sobre el estado de salud bucal, en la clase precaria, el 69,4% manifiesta que necesita atención odontológica, con una distribución similar en hombres (69,8%) y mujeres (69,1%). Tomando en cuenta la edad es mayor el porcentaje de adultos (84,6%) que de adultos mayores (51,8%) que consideraron necesitar atención odontológica. En cuanto alteraciones funcionales un 24,4% plantean tener dificultad para masticar y un 9,2% dificultad para hablar. Ambos elementos presentaron mayor distribución en mujeres (masticar 27,3%/20,8%-hablar 12,1%/5,7%) y en adultos mayores (masticar 22,2%/26,8%-hablar 6,3%/12,5%). Por otra parte un 19,5% manifestaron tener alteraciones en su aspecto teniendo un porcentaje similar en hombre (19,2%) y mujeres (19,7%) pero siendo mayor en adultos (24,2%) que en adultos mayores (14,3%). Un 16% evitó sonreír por esta situación teniendo mayor valor en hombres (17%) que en mujeres (15,2%) y distribución similar en ambos grupos etarios. A su vez el 48,8% de los trabajadores

precarios manifestó tener dificultades para mantener su boca sana, siendo más las mujeres y los adultos (anexo 1).

En la clase intermedia, el 64,3% piensa que necesita atención odontológica, presentando mayor porcentaje las mujeres (67,3%-60,4%) y los adultos (78,7%-51,0%). En cuanto alteraciones funcionales, un 16,5% manifiesta tener dificultad para masticar y un 7,2% dificultad para hablar, siendo mayor la distribución en hombres (masticar 21,4%-12,7%/hablar 9,5%-5,5%) y adultos mayores (masticar 18%-14,9%/ hablar 8,0%-6,4%). Por otra parte un 18,9% manifestaron tener alteraciones en su aspecto y un 16,5% evitó sonreír, elementos que fueron de mayor distribución en mujeres (aspecto mujeres 23,6%- hombres 12,5%/sonreír mujeres 21,8% hombres 9,5%) y adulto de entre 35 y 44 años (adultos 26,1%-adultos mayores 12,6%/ adultos 21,3% adultos mayores 12,0%). El 34,7% manifestó tener dificultades para mantener su boca sana, siendo más las mujeres y los adultos (anexo 1).

En la clase de servicio, el 64,7% piensa que necesita atención odontológica, siendo mayor la cantidad de mujeres (76%-50%) y adultos (93,7%-38,8%). En cuanto a alteraciones funcionales un 5,9% manifiesta tener dificultad para masticar presentando mayor porcentaje en hombres (7,1%) que en mujeres (5,0%) y en adultos (6,3%) que en adultos mayores (5,6%). Un 2,9% tiene dificultad para hablar, elemento que presenta mayor distribución en hombres (7,1%-0,0%) y en adultos mayores (5,5%-0,0%). A su vez un 14,7% manifestaron tener alteraciones en su aspecto presentando mayor porcentaje en mujeres (20,0%) que en hombres (7,1%) y en adultos (18,7%) que en adultos mayores (11,1%). Un 11,8% evitó sonreír por la percepción que tienen de su estado de salud bucal, siendo mayor en hombres (14,3%-10,0%) y en adultos mayores (16,7%-6,2%). El 20,6%, expresó dificultades para mantener su boca sana, siendo más las mujeres y los adultos (anexo 1).

Las personas que manifestaron tener dificultades para masticar, tuvieron 3,4 veces más chances de pertenecer a la clase precaria con respecto a la intermedia, y la intermedia con respecto a la de servicio (tabla 7).

En cuantos al patrón de prácticas de higiene, el 32,2% de los trabajadores precarios presentaron una frecuencia de cepillado menor a dos veces por día.

En la clase intermedia el 20,4% presentaron una frecuencia de cepillado menor a dos veces por día, considerada insuficiente. En esta clase y en la precaria son más los varones con frecuencia insuficiente (en la de servicio similar entre hombres y mujeres). Para la clase de servicio el 8,8% presentaron una frecuencia de cepillado diario insuficiente. Considerando la edad en esta clase y en la intermedia presentan menor cepillado los adultos mayores (Anexo 1).

Las personas con un cepillado suficiente, tuvieron 2,3 veces más chance de pertenecer a la clase intermedia con respecto a los precarios y a la de servicio con respecto a los intermedios (tabla 7).

A su vez, las personas que manifestaron tener dificultades para mantener su boca sana tuvieron 2,2 veces más chances de pertenecer a una clase social más “baja” (tabla 7).

TABLA 6 Clases sociales y su relación a la matriz de modo de vida

	Clases sociales			Total (%)	p-valor
	Precarios	Intermedios	Servicios		
Global	121 (47,8%)	98 (38,7%)	34 (13,5%)	253	
<i>Condiciones de consumo</i>					
<i>Salud general</i>					
Pública	53 (43,8%)	26 (26,5%)	6 (17,6%)	85 (33,6%)	0,003
Privada	68 (56,2%)	72 (73,5%)	28 (82,4%)	168 (66,4%)	
<i>Salud odontológica</i>					
Sin datos	13 (10,7%)	12 (12,2%)	2 (5,9%)	27 (9,5%)	<0,001
Pública	54 (44,6%)	29 (29,6%)	5 (14,7%)	103 (36,1%)	
Privada	54 (44,6%)	57 (58,2%)	27 (79,4%)	155 (54,4%)	
<i>Estudios universitarios</i>					
Si	26 (21,5%)	39 (39,8%)	29 (85,3%)	94 (37,2%)	<0,001
No	95 (78,5%)	59 (60,2%)	5 (14,7%)	159 (62,8%)	
<i>Fuma a diario</i>					
Si	29 (24%)	18 (18,4%)	4 (11,8%)	51 (20,2%)	0,249
No	92 (76%)	80 (81,6%)	30 (88,2%)	202 (79,8%)	
<i>Toma a diario</i>					
Si	8 (6,6%)	8 (28,6%)	2 (5,9%)	18 (7,1%)	0,866
No	113 (93,4%)	20 (71,4%)	32 (94,1%)	235 (92,9%)	
<i>Consumo suficiente de frutas y verduras</i>					
Si	15 (12,4%)	18 (18,4%)	6 (17,6%)	39 (15,4%)	0,443
No	106 (87,6%)	80 (81,6%)	28 (82,4%)	214 (84,6%)	

<i>Salud bucal y modos de vidas</i>					
<i>No concurre a trabajar</i>					
Si	4 (3,4%)	4 (4,4%)	1 (3,2%)	9 (3,8%)	0,919
No	112 (96,6%)	86 (95,6%)	30 (96,8%)	228 (96,2%)	
<i>Dificultad con actividades diarias</i>					
Si	5 (4,2%)	3 (3,1%)	2 (50%)	10 (4%)	0,773
No	114 (95,8%)	93 (96,9%)	2 (50%)	239 (96%)	
<i>Redujo su participación social</i>					
Si	6 (5%)	4 (4,1%)	3 (8,8%)	13 (5,2%)	0,566
No	113 (95%)	93 (95,9%)	31 (91,2%)	237 (94,8%)	
<i>Menos tolerante</i>					
Si	3 (2,5%)	5 (5,2%)	3 (8,8%)	11 (4,4%)	0,258
No	116 (97,5%)	92 (94,8%)	31(91,2%)	239 (95,6%)	
<i>Dificultadas para mantener su boca sana</i>					
Si	59(48,8%)	34 (34,7%)	7 (20,6%)	100 (39,5%)	0,006
No	62 (51,2%)	64 (65,3%)	27 (79,4%)	153 (60,5%)	
<i>Dificultad para masticar</i>					
Si	29 (24,4%)	16 (16,5%)	2 (5,9%)	47 (18,8%)	0,039
No	90 (75,6%)	81 (83,5%)	32 (94,1%)	203 (81,2%)	
<i>Dificultad para hablar</i>					
Si	11 (9,2%)	7 (7,2%)	1 (2,9%)	19 (7,6%)	0,466
No	108 (90,8%)	90 (92,8%)	33 (97,1%)	231 (92,4%)	
<i>Dificultad con su aspecto</i>					
Si	23 (19,5%)	18 (18,9%)	5 (14,7%)	46 (18,6%)	0,815
No	95 (80,5%)	77 (81,1%)	29 (85,3%)	201 (81,4%)	
<i>Piensa que necesita atención</i>					
Si	84 (69,4%)	63 (64,3%)	22 (64,7%)	169 (66,8%)	0,697
No	37 (30,6%)	35 (35,7%)	12 (35,3%)	84 (33,2%)	
<i>Evitó sonreír</i>					
Si	19 (16%)	16 (16,5%)	4 (11,8%)	39 (15,6%)	0,798
No	100 (84%)	81 (83,5%)	30 (88,2%)	211 (84,4%)	
<i>Molestias o dolor durante los últimos 12 meses</i>					
Si	35 (28,9%)	28 (28,9%)	12 (35,3%)	75 (29,8%)	0,75
No	86 (71,1%)	69 (71,1%)	22 (64,7%)	177 (70,2%)	
<i>Frecuencia de cepillado</i>					
≥2 veces/día	82 (67,8%)	78 (79,6%)	31 (91,2%)	191 (75,5%)	0,009
<2 veces/día	39 (32,2%)	20 (20,4%)	3 (8,8%)	62 (24,5%)	

TABLA 7 Análisis multivariado de las clases sociales

Regresión clases sociales y variables de la matriz			
	Coefficiente	OR	p-valor
Estudios Universitarios (si)	1,394	4,030	<0,001
Salud general (pública)	-0,419	0,658	0,214
Salud odontológica (pública)	-0,506	0,603	0,278
Salud odontológica (sin cobertura)	-0,383	0,682	
Fuma diario (si)	-0,320	0,726	0,394
Toma diario (si)	-0,021	0,979	0,472
Frecuencia cepillado (≥ 2)	0,725	2,066	0,040
No trabajó problemas boca (si)	-0,709	0,492	0,499
Dificultad actividades diarias (si)	-0,470	0,625	0,952
Dificultad boca sana (si)	-0,864	0,422	0,009
Dificultad masticar (si)	-1,130	0,323	0,013
Dificultad hablar (si)	-0,406	0,667	0,535
Dificultad aspecto (si)	-0,429	0,651	0,357
Piensa que necesita atención (si)	0,136	1,145	0,668
Evitó sonreír (si)	0,601	1,823	0,286
Redujo participación social (si)	0,470	1,599	0,957
Menos tolerante (si)	2,086	8,052	0,024
Molestias o dolor en los últimos 12 meses (si)	0,258	1,294	0,466
Constantes			
Precario Intermedio	0,275	--	--
Intermedio Servicios	2,723	--	--

5.4 Periodontitis y pérdida dentaria

5.4.1 Pérdida dentaria

Haciendo una comparación entre las clases sociales se constató mayor cantidad de personas con pérdida severa y edentulismo en la clase precaria, seguida de los trabajadores *intermedios* (tabla 8).

TABLA 8 Clases sociales pérdida dentaria

Clase social	Pérdida dentaria			Total	p-valor
	Funcional	Severa	Edéntulo		
Precarios	40,50%	43,80%	15,70%	100%	<0,001
Intermedios	51,02%	35,71%	13,27%	100%	
Servicios	70,59%	26,47%	2,94%	100%	
Total	48,62%	38,34%	13,04%	100%	

En la clase precaria son más las mujeres con dentición no funcional, en las otras dos clases son más los varones en esta situación (tabla 9).

TABLA 9 Dentición no funcional distribución por sexo y clase

Clase social	Dentición no funcional	p-valor
<i>Precario</i>	59,50%	
Masculino	42,3%	0,006
Femenino	70,6%	
<i>Intermedio</i>	48,97%	
Masculino	51,2%	0,702
Femenino	47,3%	
<i>Servicios</i>	29,3%	
Masculino	35,7%	0,502
Femenino	25,0%	

Se encontró que pertenecer a la clase de servicio disminuye las posibilidades de PD con respecto a la clase intermedia. Por otro lado, la clase intermedia tiene menores chance de PD con respecto a la clase precaria.

Considerando el tramo etario, las personas adultas mayores tienen 10 veces más posibilidades de PD con respecto a los adultos (tabla 10).

TABLA 10 Análisis multivariado PD

Pérdida dentaria	Estimación	OR	estadístico t	p-valor
Clase social(intermedios)	-0,678	0,508	-2,375	0,018
Clase social (servicios)	-1,858	0,156	-3,986	0,000
Sexo(M)	-0,326	0,722	-1,224	0,221
Tramo etario(de 65 a 74)	2,323	10,207	7,869	0,000

5.4.2 Periodontitis en relación al territorio, edad, sexo y matriz de modos de vida

Al observar la distribución del SP en Montevideo, se constató que las personas que viven en los municipios F, D, G y A fueron las que presentaron mayores valores de SP (Tabla 11). En relación al sexo el valor de SP fue similar en mujeres y hombres.

Los adultos mayores de entre 65 y 74 años tuvieron un valor promedio SP más alto que las personas de entre 35 y 44 años (9,32 y 4,40 respectivamente).

TABLA 11 SP territorio, edad y sexo

	Score periodontal	
	media (desvío)	p-valor
Global	6,80 (4,45)	
<i>Municipios</i>		
A	7,20 (4,55)	
B	6,62 (4,71)	
C	5,23 (3,88)	
CH	4,57 (4,12)	
D	8,20 (4,04)	0,001
E	6,98 (4,83)	
F	8,55 (3,40)	
G	7,73 (4,91)	
<i>Sexo</i>		
Masculino	7,29 (4,51)	0,392
Femenino	6,83 (4,45)	
<i>Tramo etario</i>		
de 35 a 44	4,40 (3,69)	<0,001
de 65 a 74	9,32 (3,79)	

Por otra parte, las personas con consumo diario de alcohol (9,96), que se atienden en el sector público (general 8,0 y odontológico 8,04), en hogares donde no hay individuos con formación universitaria (8,13), tuvieron mayor valor de SP. A su vez las que manifestaron tener dificultad para masticar (7,93), necesidad de atención odontológica (7,67) y una frecuencia de cepillado menor a dos veces al día (8,22) presentaron mayor valor de SP.

TABLA 12 Score periodontal en relación a la matriz de modos de vida

Score periodontal		
<i>Condiciones de consumo</i>		
	media (desvío)	p-valor
<i>Salud general</i>		
Pública	8,00 (4,09)	0,013
Privada	6,51 (4,57)	
<i>Salud odontológica</i>		
Sin datos	8,11 (4,02)	0,022
Pública	7,74 (4,02)	
Privada	6,36 (4,72)	
<i>Estudios universitarios</i>		
Si	5,17 (4,47)	<0,001
No	8,13 (4,07)	
<i>Fuma a diario</i>		
Si	7,02 (4,56)	0,696
No	6,74 (4,56)	
<i>Toma a diario</i>		
Si	9,96 (5,11)	0,002
No	6,56 (4,31)	
<i>Consumo suficiente de frutas y verduras</i>		
Si	7,38 (4,58)	0,573
No	6,96 (4,46)	
<i>Salud bucal y modos de vida</i>		
No trabajó por problemas con su boca		
Si	5,44 (3,81)	0,408
No	6,67 (4,36)	
Dificultad con actividades diarias		
Si	6,95 (3,13)	0,913
No	6,79 (3,49)	
<i>Redujo su participación social</i>		
Si	7,74 (4,16)	0,425
No	6,73 (4,46)	
<i>Menos tolerante</i>		
Si	6,07 (2,91)	0,588
No	6,81 (4,51)	
<i>Dificultadas para mantener su boca sana</i>		
Si	7,33 (4,01)	0,127
No	6,45 (4,69)	
<i>Dificultad para masticar</i>		
Si	7,93 (4,16)	0,047
No	6,51 (4,48)	
<i>Dificultad para hablar</i>		
Si	7,86 (3,13)	0,268

No	6,69 (4,53)	
<i>Dificultad con su aspecto</i>		
Si	6,82 (3,99)	0,955
No	6,78 (4,55)	
<i>Piensa que necesita atención</i>		
Si	6,37 (4,37)	0,028
No	7,67 (4,50)	
<i>Evitó sonreír</i>		
Si	7,14 (4,02)	0,575
No	6,71 (4,53)	
<i>Molestias o dolor durante los últimos 12 meses</i>		
Si	6,08 (4,32)	0,099
No	7,08 (4,47)	
<i>Frecuencia de cepillado</i>		
≥2 veces/día	6,34 (4,48)	0,004
<2 veces/día	8,22 (4,07)	

5.4.3 Descripción SP territorio y clases

Al observar los resultados expuestos en la tabla 13, se constató que los participantes del tramo etario que va de 65 a 74 años, poseían en promedio un score periodontal 5,2 puntos mayor en comparación con la población adulta. En cuanto a las clases sociales, se observó que los individuos pertenecientes a la clase de servicios, tuvieron un valor del score en promedio 1,6 puntos menor al de la clase trabajadores precarios y que, el promedio de los de la clase intermedia fue 0,9 puntos menor al de precarios.

TABLA 13 Análisis multivariado del score periodontal

Regresión del score periodontal			
	Coefficiente	E.E	p-valor
<i>Constante</i>	5,0235	0,6232	
<i>Municipio</i>			
B	-1,098	0,9211	
C	-1,6234	0,881	
CH	-3,325	0,8501	
D	0,8056	0,7564	<0,001
E	-0,943	0,8464	
F	1,3057	0,8179	
G	0,3606	0,7865	
<i>Clases Sociales</i>			
Intermedios	-0,8546	0,468	0,045
Servicios	-1,5759	0,7029	
<i>Sexo</i>			
Masculino	0,4032	0,4315	0,351
<i>Tramo etario</i>			
de 65 a 74	5,1938	0,4324	<0,001

Según lo expuesto en la tabla 14, se observa que los municipios C y CH presentaron los menores valores promedio del score periodontal y que, si bien el municipio F presentó el valor promedio más elevado, no se detectaron diferencias significativas entre este y los municipios A, B, D, E y G.

TABLA 14 Comparaciones múltiples post-hoc según municipio

Comparaciones múltiples			
Municipio	Media	IC95%	
CH	3,69	(2,47 - 4,9)	1
C	5,39	(4,04 - 6,73)	12
B	5,91	(4,42 - 7,41)	123
E	6,07	(4,79 - 7,35)	123
A	7,01	(5,88 - 8,14)	23
G	7,37	(6,21 - 8,53)	23
D	7,82	(6,72 - 8,92)	23
F	8,32	(7,04 - 9,59)	3

5.5 Síntesis de resultados

En la mayoría de las variables analizadas, los valores fueron extremos y opuestos en las clases precaria y de servicio. Para la clase intermedia, por lo general, el comportamiento de los resultados fue entre ambas clases, pero muchas veces más cercano a los valores de la clase precaria.

La clase precaria e intermedia se distribuye principalmente en los municipios de la periferia, mientras que la clase de servicio se encuentra en municipios de centro y este de Montevideo.

La clase precaria es la que presenta menor porcentaje de hogares con al menos una persona con estudios universitarios, seguida de la clase intermedia. Considerando el tipo de atención, la clase precaria es la que más se atiende en el sector público (a nivel general y odontológico).

Con respecto a la percepción sobre el estado de la dentadura, la clase precaria es la que más manifiesta dificultad para masticar, siendo más las mujeres que así lo declaran. A su vez, esta clase es la que presenta mayor dificultad para mantener una boca sana.

Teniendo en cuenta las prácticas de higiene, la clase precaria es la que menos se cepilla. Para esta clase y la intermedia son los varones los que presentan menor cepillado.

La clase precaria es la que presenta mayor pérdida dentaria y peor situación periodontal. En esta clase, son más las mujeres con dentición no funcional (perdida severa y edéntulos), mientras que, en las otras dos clases, los varones representan mayor porcentaje con dentición no funcional. En las tres clases son los adultos mayores los que presentan mayor pérdida dentaria.

5.6 Limitaciones y fortalezas

Es importante indicar que los datos disponibles presentan ciertas limitaciones para la lectura de los modos de vida, ya que no fueron obtenidos de acuerdo al paradigma de la determinación social.

Otra limitación está vinculada al sesgo generado por el uso de CPI en personas con pérdida dentaria importante, situación frecuente en personas adultas y adultas mayores (Lorenzo, 2018). Esto se evitó utilizando el SP donde se pudo establecer como los adultos mayores tienen mayor periodontitis.

Por otro lado, para la construcción de las clases, se utilizó la ocupación, que si bien es un indicador considerado válido para la construcción de grupos, dista de ser idéntica a la estructura de clases. A su vez, la ocupación fue relevada para la construcción del INSE, por lo tanto sus categorías se relacionan con este indicador. Esto implicó que para poder utilizarla en la conformación de las clases, hubo que hacer modificaciones para que se adaptara a los criterios del autor de referencia.

6. Discusión

En este capítulo, se analizará la información obtenida en los resultados, desde el marco teórico de la determinación social. Se realizara el análisis de las

clases en relación al territorio, al modo de vida y la salud bucal. Los datos vinculados al territorio fueron tomados de fuentes secundarias.

6.1 Clases sociales y territorio

Considerando la distribución de la muestra en relación a las clases sociales, se observa una menor cantidad de personas en la clase de servicio. Esto es de esperar ya que las clases consideradas “altas” representan un menor porcentaje en nuestro país (Carbajal, 2014). A su vez, está comprobado que en Montevideo, contestan menos las encuestas aquellos hogares de sectores socioeconómicos medios-altos y altos (Álvarez, 2017)

Por otro lado, la clase precaria es la que mayor porcentaje de personas tiene. Esto no coincide con la descripción de las características de la población del Uruguay, donde la mayoría de las personas pertenece a la clase media (Carbajal, 2014). Estas diferencias pueden estar vinculadas a la forma en cómo se agruparon las personas, limitación mencionadas en el este capítulo anterior.

Tomando en cuenta la distribución de las clases en el territorio de Montevideo, se observó que los trabajadores precarios se ubican principalmente en los municipios A y D (Tabla 5), los cuales se encuentran en la periferia de la ciudad. Esta clase la integran trabajadores que hacen changas o por cuenta propia sin inversión, empleadas domésticas, empleados manuales no calificados del ámbito privado, desempleados y personas que rentan sus negocios. Si bien las categorías son algo diversas, estos rubros históricamente se encuentran en la informalidad laboral. Esto condice con la publicación “De periferias y desigualdades espaciales: el Municipio F de Montevideo” (Aguiar, Borrás, 2021) donde en los municipios A y D, uno de cada cuatro empleos se realiza sin aportes, de manera informal, por lo tanto el trabajador no presenta aporte jubilatorios ni prestaciones de seguridad social.

Una de las categorías que conforma la clase precaria, es el desempleo, en los municipios A y D la tasa de desempleo es de 11,4% presentando un valor mayor a la media departamental (7,2%) (Aguiar, Borrás, 2021).

Los trabajadores intermedios tuvieron mayor distribución en el municipio D (17,3%) y G (15,3%). El municipio G, si bien tiene indicadores económicos un

poco mejores a los de A y D, al compararlos con los municipios de centro y este de la ciudad sus valores son muy alejados, asemejándose más a los de los municipios de la periferia (Aguiar, Borrás, 2021). Por esta razón las características vinculadas al territorio serán analizadas en conjunto con la clase precaria.

Históricamente, el crecimiento urbano de Montevideo, no escapa a las dinámicas de las grandes ciudades inmersas en un sistema capitalista, donde se genera una importante segregación que “empuja” a la población más vulnerable a la periferia de la ciudad. Si bien existen políticas públicas que intentan mitigar esta segregación, los municipios de la periferia presentan importantes irregularidades vinculadas a los servicios, a la vivienda e indicadores económicos y sociales más desfavorables en comparación con los de centro y este de la ciudad (Aguiar, Borrás, 2021).

Al observar las categorías de trabajo que conforman la clase intermedia, al igual que en la precaria, muchos de los rubros, están asociados a la informalidad laboral (Doneschi, Patrón, 2012) (cuenta propia, técnico profesional no universitario -trabajadores independientes con empresa propia que hayan estudiado, maestros, profesores-; cuenta propia con inversión /trabajadores manuales especializados /trabajador manual no especializado público).

Tomando en cuenta los resultados, se podría considerar que vivir en la periferia de la ciudad, se relaciona con las condiciones laborales y el tipo de trabajo al que las personas que allí viven pueden acceder. A su vez, las características del trabajo están directamente vinculadas con diferencias en los ingresos.

Al observar la situación económica por municipios, el porcentaje de personas por debajo de la línea de pobreza en el municipio D es del 22,4% y en el A 19,9% (valores mayores a la media nacional 9,9%) (Aguiar, Borrás, 2021). Podríamos inferir que muchos de los trabajadores de la clase precaria e intermedia se encuentran en esta situación.

En cuanto a las NBI, en los municipios A (38,3%), D (40,3%) y G (30,9%) el porcentaje de personas con al menos un necesidad insatisfecha presenta valores mayores a la media departamental (26,8%) (OPP, 2023).

En el caso de la clase trabajadores de servicio, más del 50% se encuentran en los municipios CH (32,3%) y C (20,5%) ambos pertenecientes al centro y este de la ciudad. La informalidad laboral en los dos municipios no supera el 10% y la tasas de desempleo para el CH 6,1% (menor a la departamental) y para el C de 9,1% (Aguiar, Borrás, 2021). La informalidad laboral, coinciden con las características de los rubros que conforman esta clase -patrones con personal a cargo y profesionales universitarios-, principalmente para profesionales universitarios, ya que existe una relación inversa entre nivel educativo e informalidad laboral (Doneschi, Patrón, 2012).

Las personas por debajo de la línea de pobreza en el municipio CH son de 0,6% y en el C en el entorno de 3,5% (por debajo de la media nacional 9,9%). Con respecto a las NBI ambos municipios se encuentran por debajo de la media departamental y nacional (9,5% y 16% respectivamente) (OPP, 2023).

6.2 Modos de vida

Tomando en cuenta la educación, en la mayoría de los hogares de la clase precaria (78,5%) e intermedia (60,2%) ningún integrante presenta formación universitaria (tabla 6). Esto coincide con los datos de los municipios donde tienen mayor distribución estas clases, donde la proporción de hogares con clima educativo bajo es de 44,8% para el A, 43,8% el D y 37,3% para el G, siendo valores mayores a la media departamental (28,6%) (Aguiar, Borrás, 2021).

En la clase de servicio, el 85% de los hogares presentan por lo menos un integrante con educación universitaria. En el municipio CH donde se encuentra gran parte de esta clase, la proporción de hogares con clima educativo bajo es solo del 6%.

Considerando el tipo de atención (pública o privada), haciendo una comparación entre las clases, los trabajadores precarios son los que más cobertura pública tienen tanto a nivel de salud general (43,8%) como odontológica (44,6%). Para la clase intermedia la cantidad de personas que se atiende en este sector se reduce de manera importante (general 26,5%, odontológica el 29,6%), siendo la clase de servicio la que menos se atiende en

el sector público (general 17,6%, 14,7%). En las tres clases son más las mujeres que se atienden en el sector público.

Observando algunas características de los usuarios de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) solo el 28% declaran realizar aportes a la seguridad social (ASSE, 2014). Por lo que la gran mayoría se encuentra en la informalidad laboral, lo que genera que muchos trabajadores perciban ingresos bajos/precarios y no tengan cobertura en seguridad social.

Tomando en cuenta el quintil de ingresos² de los usuarios de ASSE del Uruguay, más de la mitad de los usuarios se encuentra entre el 20 % de los hogares de menores ingresos, siendo el 80% perteneciente a los dos primeros quintiles. Mientras que en las instituciones de asistencia médica privada de profesionales (IAMPP) más del 60% se encuentran entre el tercer y quinto quintil (ASSE, 2014). Otra característica económica de los usuarios de ASSE es que 4 de cada 10 están por bajo la línea de pobreza (ASSE, 2014).

Era de esperar que la clase precaria fuera la que mayor cobertura pública presenta. Las características de los usuarios de ASSE coinciden y refuerzan la gran vulnerabilidad que presenta esta clase.

Con respecto a la atención en salud bucal en Uruguay, las prestaciones brindadas por el sector público y privado que forman parte del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) están determinadas por el Plan Integral de Atención a la Salud (PIAS). El PIAS incluye prestaciones acotadas con actividades de promoción y prevención, tratamientos restauradores plásticos de baja complejidad y cirugías (extracciones simples así como cirugías complejas de segundo y tercer nivel de atención), quedando excluido entre otras cosas, todo el capítulo de tratamientos restauradores y rehabilitadores de la cavidad bucal (Facultad de Odontología, 2015). Por lo tanto, se puede afirmar que el acceso a un gran número de tratamientos está ligado a la capacidad de pago de las personas. Esto genera que históricamente en el Uruguay, la población

² El quintil de ingresos se obtiene a partir de ordenar los hogares, según su ingreso, de menor a mayor para luego dividirlo en cinco. Se generan cinco quintiles, una persona integra el primer quintil cuando el hogar al que pertenece forma parte del 20 % de menores ingresos.

deba recurrir al mercado odontológico liberal para la compra de lo que no se le ofrece dentro del sistema, donde se establece una oferta estratificada en términos de cantidad y calidad (Facultad de Odontología, 2015). En suma, se visualiza una importante barrera en el acceso a los servicios de salud bucal dada por el nivel socioeconómico de las personas (Borutta, 2002).

En relación a lo anteriormente mencionada, al observar los resultados de la variable atención odontológica, hay un porcentaje importante en las tres clases sin respuesta. Se podría inferir que no tienen cobertura y, por lo tanto, no se realizan controles ni tratamientos. Si se considera que en este estudio la clase precaria e intermedia representan el 92% de los que no responden al tipo de atención odontológica, se podría interpretar que estas personas no cuentan con atención y que la pertenencia a una clase social con ingresos bajos o medios podría ser lo que no permite tener atención. Esto se relaciona con lo expresado por la clase trabajadora precaria, que es la que tiene más dificultad para mantener su boca sana, seguida de la clase intermedia (Tabla 6). A su vez, en ambas clases, más del 15% declaran tener dificultades para masticar. Por lo tanto, hay un grupo de personas que señalan tener problemas en su salud bucal y es posible que no tengan posibilidad de resolverlas por no poder costear el tratamiento. Para esta variable, en las tres clases son mayoría las mujeres y los adultos que expresaron dificultades para mantener su boca sana.

Por otro lado, para la clase de servicio, se observó en la variable atención en salud, que más del 80% se atiende en el sector privado, presentando similar distribución en atención odontológica. Por lo tanto, la mayoría de las personas pertenecientes a esta clase, acceden a la atención odontológica a través del pago “bolsillo”. Esta clase tendría acceso a los diferentes tratamientos, lo cual se podría relacionar con que es la clase que menos manifiesta dificultades en mantener una boca sana (Tabla 6).

Otra limitación descrita en el uso de los servicios de salud bucal está relacionada al nivel educativo, y esto se vincula con el reconocimiento o no de la importancia del cuidado bucodental (Miranda, 2013). Tanto el mayor nivel educativo, como económico, están asociados con mayor concurrencia a la consulta odontológica (Mariño RJ, 2014).

A su vez, la educación se vincula con tener mejores prácticas de higiene bucal y autocuidado a nivel individual y en los grupos familiares (Miranda, 2013).

Cuando observamos en los resultados las prácticas de higiene bucal, en la clase de servicio, más del 90% presenta una frecuencia de cepillado mayor o igual a 2 veces por día, mientras que en los trabajadores precarios más del 30% presentan una frecuencia insuficiente (menor a dos veces por día). Es posible establecer como las clases sociales presentan diferente comportamiento en sus prácticas de higiene bucal.

6.3 Salud bucal

En base a los resultados obtenidos, se observó que la distribución de las peores condiciones periodontales (SP mayor) se daba en los municipios de la periferia y en los hogares donde no hay individuos con formación universitaria.

A su vez las personas con atención pública (a nivel general y odontológico) que manifestaron tener dificultad para masticar, necesidad de atención odontológica y una frecuencia de cepillado menor a dos veces al día, presentaron mayor valor de SP. Todas estas características y prácticas estuvieron relacionadas con la clase precaria y al observar la salud bucal esta clase es la que presentó mayor periodontitis y pérdida dentaria (seguida de la clase intermedia).

En el estudio *“El papel de los factores contextuales e individuales en la enfermedad periodontal en adultos uruguayos”* (Lorenzo, 2018) que utilizó la misma fuente de datos pero a nivel nacional, se sugiere que el contexto es un gran determinante social de las características individuales. El marco teórico y metodológico que aplicó, fue de los determinantes sociales, lo cual permitió vincular algunas características del entorno social y su relación con la salud bucal, específicamente con la periodontitis. En este sentido, dicho estudio está en consonancia con los resultados de nuestro trabajo. Dado el marco teórico elegido, se pudo profundizar el análisis, estableciendo como las características socio-económicas del territorio, en relación con las clases sociales, son procesos que se expresan en salud bucal de los grupos.

Concretamente, vivir en los municipios de la periferia de Montevideo -los cuales históricamente se asocian con peores indicadores socio-demográficos-, se

relacionaron con mayores valores de SP. Tanto la clase precaria como la intermedia, tienen rubros laborales asociados con la informalidad, con los peores niveles educativos, peores prácticas de higiene (en comparación con la clase de servicio) y limitaciones en el acceso a la atención salud bucal.

Estos procesos, se ven reflejados en peores condiciones de salud bucal de la clase precaria con respecto a la intermedia y de ambas en comparación con la clase de servicio.

Un elemento a destacar, es que dentro de la clase precaria, las mujeres son las que mayor pérdida dentaria tienen. Si bien existen hallazgos de otros estudios, donde las mujeres presentan más pérdida dentaria (Laguzzi, 2016), en este trabajo se constató que al cruzar, clase y género, en la clase precaria, el ser mujer es una condición que aumenta la situación de pérdida dentaria.

Esto se debe a que en las mujeres convergen múltiples determinaciones que se visibilizan en las características de salud en relación con el grupo al que pertenecen (Breilh, 1996), en este caso la clase social. La sociedad patriarcal en la que vivimos, hace que las mujeres estén más expuestas a procesos destructivos de producción y consumo, que se expresan en su salud/cuerpo.

Es importante destacar, que el abordaje teórico y metodológico de nuestro estudio, permitió aplicar elementos de la determinación social para acercarnos a comprender la salud bucal desde una mirada compleja.

En la misma línea, se pudo realizar una lectura de los modos de vida, a partir de las clases sociales y el territorio, como procesos fundamentales para la comprensión de la salud bucal.

7. Conclusión

Se cumplieron los objetivos planteados, considerando que se describieron y se analizaron las clases sociales y el territorio como procesos que se expresan en el desarrollo y la distribución de la periodontitis y la PD en adultos y adultos mayores de Montevideo.

La periodontitis fue descrita y analizada a través del indicador SP, el cual permitió evitar las limitaciones del CPI vinculadas a la PD.

El mayor SP estuvo relacionado con los municipios de la periferia, las personas adultas mayores, el consumo diario de alcohol, las personas que se atienden en el sector público (general y odontológica) y que no tienen estudios universitarios. También con aquellos que manifestaron tener necesidad de atención odontológica y dificultad para masticar, así como los que tuvieron una frecuencia de cepillado insuficiente.

Se describió que existen desigualdades en Montevideo, generadoras de una importante dualidad en el departamento en las características económica, social y demográfica entre los municipios de la periferia y centro-este de la ciudad. Los indicadores sociales y económicos de estos municipios son más desfavorables con respecto a los de centro y este de Montevideo. La clase precaria e intermedia se ubicó principalmente en los municipios de la periferia de la ciudad.

Se concluye que en la mayoría de los hogares de la clase precaria (78%) e intermedia (60%) no hay personas con estudios universitarios.

Con relación al **acceso a la salud** entre las diferentes clases, la clase precaria es la que más se atiende en el sector público (a nivel general y odontológico). En cuanto a la atención odontológica, en las tres clases, hay personas que no respondieron. El 92% de las que no respondieron, se encuentran en la clase precaria e intermedia. Considerando que el acceso a muchos de los tratamientos odontológicos en el Uruguay está mediado por la posibilidad de pago de cada persona, se podría entender que pertenecer a una clase social con ingresos bajos o medios, limita el acceso a la atención odontológica que necesitan.

Por otro lado, considerando la **percepción sobre el estado de la dentadura**, la clase precaria es la que presenta mayor dificultad para masticar y para mantener una boca sana, seguida de la clase intermedia. A su vez, teniendo en cuenta las **prácticas de higiene**, la clase precaria es la que tiene mayor cepillado insuficiente.

Todo esto se expresa y se vincula con la peor situación de salud bucal de esta clase (mayor periodontitis y PD). A su vez, en la clase precaria el ser mujer es una condición que agrava la situación de pérdida dentaria. Esta realidad pone en evidencia como la intersección de clases y género crea una doble vulnerabilidad para las mujeres de la clase precaria experimentando peor situación de salud bucal.

El diseño y uso de la matriz permitió analizar como las diferentes clases presentan patrones característicos en las condiciones de producción y consumo, que instauran elementos destructivos o protectores en la salud de los grupos sociales.

Se pudo constatar como las formas de reproducción social de las fuerzas de trabajo, en relación con el consumo y el contexto histórico-territorial, forjan privaciones o privilegios que determinan comportamientos que se expresan en los procesos de salud-enfermedad de los grupos/clases sociales. En este sentido, es necesario comprender estos procesos complejos para implementar transformaciones con criterios de sustentabilidad, derechos humanos y modos de vida saludables.

8. Referencias

- Administración de los Servicios de Salud, A. D. L. S. (2014). Hacia una nueva dinámica institucional:[2010-2014]. In Hacia una nueva dinámica institucional:[2010-2014] (pp. 181-181).
- Agerholm DM, Ashley FP. Clinical assessment of periodontitis in young adults - evaluation of probing depth and partial recording methods. *Community Dent Oral Epidemiol* 1996;24(1):56-61.
- Aguiar, S., & Borrás, V. (2021). De periferias y desigualdades espaciales: el Municipio F de Montevideo. Territorio e integralidad: experimentando lo común.
- Álvarez-Vaz, R. (2017). Métodos de muestreo para estudios sanitarios: una aplicación para la Encuesta de Factores de Riesgo 2006 en Uruguay. En *Métodos de muestreo para estudios sanitarios: una aplicación para la Encuesta de Factores de Riesgo 2006 en Uruguay* (pp. 1-181). Ediciones Universitarias, Unidad de Comunicación de la Universidad de la República (UCUR). <https://doi.org/10.5281/zenodo.7178260>
- Al- Rafee, M. A. (2020). The epidemiology of edentulism and the associated factors: A literature Review. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 6(2), 169–170. <https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc>
- Arcaya, M. C., Arcaya, A. L., & Subramanian, S. V. (2015). Inequalities in health: definitions, concepts, and theories. *Revista Panamericana de Salud Publica = Pan American Journal of Public Health*, 38(4), 261–271.
- Blanco Gil, J., & Arellano López, O. (2010). Condiciones de vida, salud y territorio: un campo temática en (re)construcción. 103–125.
- Borde, E., & Torres-Tovar, M. (2017). El territorio como categoría fundamental para el campo de la salud pública. *Saúde Em Debate*, 41(spe2), 264–275. <https://doi.org/10.1590/0103-11042017s222>
- Borutta A, Detsch M (2002) High caries levels in rural preschool children and first grades. *J. Dent. Res.* 81 (A) Abstr. 537.
- Breen R. (2005) Foundations of a neo-Weberian class analysis. In: Wright EO, editor. *Approaches to Class Analysis*. New York: Cambridge University Press;.

- Breilh, J., Granda, E., Campaña, A., & Betancourt, O. F. (1983). Ciudad y muerte infantil. In Ciudad y muerte infantil (pp. 194-194).
- Breilh Paz y Miño, J. E. (1996). El género entre fuegos: inequidad y esperanza. Centro de Estudios y Asesoría en Salud, CEAS, 303 p.
- Breilh, J. (1999). La inequidad y la perspectiva de los sin poder Construcción de lo social y del género. *Cuerpo, Diferencias y Desigualdades*, 130–141. [http://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3555/1/Breilh%2C J-CON-190-La inequidad.pdf](http://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3555/1/Breilh%2C%20J-CON-190-La%20inequidad.pdf)
- Breilh, J. (2010a). La epidemiología crítica : una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano *Critical epidemiology : new perspective on urban health. Population (English Edition)*, 83–101.
- Breilh, J (2010b). *Epidemiología: economía política y salud: bases estructurales de la determinación social de la salud*. Quito: Corporación Editora Nacional.
- Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(Spl), 13–27.
- Breilh, J. (2017). *Matriz de procesos críticos. Fundamentos teóricos y explicativos*.
- Calvo, J., Koolhaas, M., & Macadar, D. (2013). Las Necesidades Básicas Insatisfechas y los migrantes internos, internacionales y uruguayos retornantes. In *Atlas Sociodemográfico y de la desigualdad del Uruguay*.
- Carbajal, F., & Rovner, H. (2014). *Clases medias en Uruguay. Entre la consolidación y la vulnerabilidad. El futuro en foco*.
- Chrysanthakopoulos, N. A. (2011). Istraživanje o razlozima ekstrakcije zuba kod odrasle populacije u Grčkoj. *Acta Stomatologica Croatica*, 45(2), 110–119.
- Clemenceau, L., Fernández Melián, M. C., & Rodríguez de la Fuente, J. (2016). Análisis de esquemas de clasificación social basados en la ocupación desde una perspectiva teórico-metodológico comparada. In *Documentos de Jóvenes Investigadores (Vol. 442)*. <http://webiigg.sociales.uba.ar/iigg/textos/documentos/dji44a.pdf>
- Curbelo, L., Díaz, L., Cardozo, I. (2022) "Características moduladoras de la periodontitis y su influencia en la severidad de la misma, en pacientes de Facultad de Odontología, Uruguay" Tesis de grado. Facultad de

Odontología UdelaR.

- Doneschi, A., & Patrón, R. (2012). Educación y trabajo informal: qué nos dicen las cifras-Uruguay 2001-2011. Documento de Trabajo/FCS-DE; 4/12.
- Espinar-Ruiz, E. (2007). Las raíces socioculturales de la violencia de género. EA, Escuela Abierta: Revista de Investigación Educativa, 10, 23–48.
- Facultad de Odontología UdelaR , MSP, Asociación Odontológica. PARA LA INTEGRALIDAD DEL SISTEMA SANITARIO DE CALIDAD PERIODO 2015-2020. Disponible:[7https://odon.edu.uy/sitios/revalidas/wp-content/uploads/sites/61/2021/06/Salud-Bucal-Prueba-RU.pdf](https://odon.edu.uy/sitios/revalidas/wp-content/uploads/sites/61/2021/06/Salud-Bucal-Prueba-RU.pdf)
- Fehrenbach, M. J. (2013). Risk Factors For Periodontal Disease Abstract : Learning Objectives : Genco & Borgnakke Older, 4(6), 59–94.
- Fernández A. PM. (2004) Índice de nivel socioeconómico. In: http://www.audap.com.uy/documentos/INSE_Adrian.pdf;
- Gómez, E. (2002). Equidad, género y salud: retos para la acción. Revista Panamericana de Salud Pública, 11(5–6), 454–461. <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2002.v11n5-6/454-461/es>
- Instituto Nacional de Salud, & Observatorio Nacional de Salud. (2016). Clase Social y Salud. Instituto Nacional de Salud, 165. <https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/publicaciones>
- Kassebaum NJ, Smith AG, Bernabé E, Fleming TD, Reynolds AE, Vos T et al. Global, regional, and national prevalence, incidence, and disability-adjusted life years for oral conditions for 195 countries, 1990-2015: a systematic analysis for the global burden of diseases, injuries, and risk factors. J Dent Res. 2017 Apr;96(4):380-7. <https://doi.org/10.1177/0022034517693566>
- Laguzzi, P. N., Schuch, H. S., Medina, L. D., de Amores, A. R., Demarco, F. F., & Lorenzo, S. (2016). Tooth loss and associated factors in elders: Results from a national survey in uruguay. Journal of Public Health Dentistry, 76(2), 143–151. <https://doi.org/10.1111/jphd.12123>
- Lorenzo, S., & Alvarez, R. (2013). Relevamiento nacional de salud bucal de jóvenes y adultos uruguayos 2011. Servicio de Epidemiología y Estadística. Cátedra de Odontología Social. https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/18508/1/Lorenzo_Encuesta.pdf
- Lorenzo, S., Álvarez, R., Blanco, S., & Peres, M. (2013). Primer Relevamiento

- Nacional de Salud Bucal en población joven y adulta uruguaya. Aspectos metodológicos. *Odontoestomatología*, 15(spe), 4–7.
- Lorenzo, S. M., Alvarez, R., Andrade, E., Piccardo, V., Francia, A., Massa, F., Correa, M. B., & Peres, M. A. (2015). A doença periodontal e fatores associados entre adultos e idosos: Dados da pesquisa nacional de saúde bucal no Uruguai. *Cadernos de Saude Publica*, 31(11), 2425–2436. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00012115>
- Lorenzo-Erro, S. M., Massa, F., Álvarez-Vaz, R., Schuch, H. S., Correa, M. B., & Peres, M. A. (2018). The role of contextual and individual factors on periodontal disease in Uruguayan adults. *Brazilian oral research*, 32, e62.
- Mariño RJ, Khan AR, Tham R, Khew CW, Stevenson C. Pattern and factors associated with utilization of dental services among older adults in rural Victoria. *Aust Dent J*. 2014;59(4):504–10.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2012). IV Estudio Nacional de Salud Bucal: Metodología y Determinación Social de la Salud Bucal. 180. <http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/EN/SAB-IV-Metodologia.pdf>
- Miranda C, Peres M. Determinantes da utilização de serviços odontológicos entre adultos: Um estudo de base populacional em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2013;29(11):2319–32.)
- Morales Borrero, C., Borde, E., Eslava Castañeda, J., & Concha Sánchez, S. (2013). ¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas. *Revista de Salud Pública*, 15(6), 797–808.
- Morales, C., & Eslava, J. (2014). Carolina Morales, Juan Carlos Eslava. 2014. “Tras las huellas de la determinacion Memorias del Seminario InterUniversitario de Determinación Social de la Salud. Tras Las Huellas de La Determinacion. Memorias Del Seminario InterUniversitario de Determinación Social de La Salud, 1–77.
- OMS. (2013). Subsanan las desigualdades en una nacion. Comisión Sobre Determinantes de La Salud, 1–260. http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/
- Organización Mundial de la Salud. (1997). Encuestas de Salud bucodental. Organización Mundial de La Salud, 5(4), 84.

- <http://books.google.com/books?id=q21Cqq7F9IMC&pgis=1>
Oficina de Planeamiento Presupuestal (2023). Municipio C.
<https://otu.opp.gub.uy/perfiles/pdfmun?mun=103>
- Organización Mundial de la Salud. Instrumentos STEPS para factores de riesgo de ENT: el enfoque gradual de la OMS para la vigilancia de enfermedades no transmisibles. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2001.
- Otálvaro Castro, G. J. (2019). Ciudad, juventudes y políticas de salud en Medellín en el siglo XXI.
<http://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/7072/1/TD130-DSCAS-Otalvaro-Ciudad.pdf>
- Pardo Romero, F. F., & Hernández, L. J. (2018). Periodontal disease: Epidemiological approaches for its analysis as a public health concern. *Revista de Salud Publica*, 20(2), 258–264.
<https://doi.org/10.15446/rsap.v20n2.64654>
- Peres MA, Peres KG, Cascaes AM, Correa MB, Demarco FF, Hallal PC, et al. Validity of partial protocols to assess the prevalence of periodontal outcomes and associated sociodemographic and behavior factors in adolescents and young adults. *J Periodontol* 2012;83(3):369-78.
- Peres, M. A., Macpherson, L. M. D., Weyant, R. J., Daly, B., Venturelli, R., Mathur, M. R., Listl, S., Celeste, R. K., Guarnizo-Herreño, C. C., Kearns, C., Benzian, H., Allison, P., & Watt, R. G. (2019). Oral diseases: a global public health challenge. *The Lancet*, 394(10194), 249–260.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31146-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31146-8)
- Pesquisa Nacional de Saúde Bucal. Ministério da Saúde. (2012). Ouvidoria do SUS 136 Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde Resultados Principais. <https://doi.org/10.3310/hta21210>
- Regueira, V. (2012). Tesis Licenciatura en Sociología La dimensión económica de la estructura de clases del Uruguay 2000-2010 : caracterización y evolución Valeria Regueira Hernández Tutor es : Jorge Notaro Graciela Lescano. Facultad de ciencias sociales.
- Rivoir, A. L. (2000). Nuevas formas de gestión local: redes y gobernancia. Participación ciudadana y descentralización en la ciudad de Montevideo.
- Schelotto, S. (2012). Territorio y municipios en el Uruguay. *Arquisur Revista v. 2, n2: 54-71.*

- Sheiham, A., & Nicolau, B. (2005). Evaluation of social and psychological factors in periodontal disease. *Periodontology 2000*, 39(112), 118–131.
<https://doi.org/10.1111/j.1600-0757.2005.00115.x>
- Tezal M, Grossi SG, Ho AW, Genco RJ. The effect of alcohol consumption on periodontal disease. *J Periodontol* 2001;72(2):183-9.
- Thornton-Evans, G., Eke, P., Wei, L., Palmer, A., Moeti, R., Hutchins, S., & Borrell, L. N. (2013). Periodontitis Among Adults Aged ≥ 30 Years--United States, 2009-2010. *MMWR: Morbidity & Mortality Weekly Report*, 62.
- Tonetti MS, Greenwell H, Kornman KS. Staging and grading of Periodontitis: Framework and proposal of a new classification and case definition. *J Clin Periodontol*. 2018;45(Suppl 20):S149–S161.
<https://doi.org/10.1111/jcpe.12945>
- Vettore, M. V., de Amorim Marques, R. A., & Peres, M. A. (2014). Social inequalities and periodontal disease: Multilevel approach in SBBrasil 2010 survey. *Revista de Saude Publica*, 47(SUPPL.3), 29–39.
<https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004422>

10 Anexo 1

Características de las Calases sociales, descripción por sexo y edad

Clases	Nro.	%	Acceso Servicios de salud %		Educa ción Tercia r (SI) %	Patrones de alimentación, tabaco y alcohol %			Salud bucal(S.B) en relación al trabajo, estudio o actividad cotidiana %		S.B y Relaciones interpersonales %		Percepción sobre estado de la dentadura %						Patrón de practica de higiene %
			Med Publica	Odon. Publica		F y V: insufic.*	Fuma (SI)	Alcohol (SI)	Faltó a trabajar	Interf.co n activ. Diar.**	Reduj. Parti. Social.	Menos tolerante con pareja	Dif. mantener boca sana	Nec. At. Odon***	Dif. para masticar	Dif. para hablar	Dif. en aspecto	Evitó sonreír	Menor a dos veces x día
PRECARIA	121		43,8	44,6	21,5	87,6	24	6,6	3,4	4,2	5	2,5	48,8	69,4	24,4	9,2	19,5	16	32,2
Hombres	53	43	43,4	35,4	9,4	83,7	32,1	13,2	3,8	3,8	5,7	3,8	47,2	69,8	20,8	5,7	19,2	17	58,5
Mujeres	68	56	44,1	38,3	30,9	87,3	17,6	1,5	3,6	4,5	4,5	1,5	50,0	69,1	27,3	12,1	19,7	15,2	75,0
Adultos	65		50,8	37,5	21,4	85,4	30,8	4,6	4,8	4,8	6,3	3,2	53,8	84,6	22,2	6,3	24,2	15,9	67,7
Adultos may.	56		35,7	36,5	21,5	86,3	16,1	8,9	1,9	3,6	3,6	1,8	42,9	51,8	26,8	12,5	14,3	16,1	67,9
INTER MEDIA	98		26,5	29,6	39,8	81,6	18,4	28,6	4,4	3,1	4,1	5,2	34,7	64,3	16,5	7,2	18,9	16,5	20,4
Hombres	43	44	25,6	21,6	39,5	83,8	18,6	18,6	5,6	2,4	4,8	7,1	27,9	60	21,4	9,5	12,5	9,5	69,8
Mujeres	55	56	27,3	30,6	40	78,8	18,6	0	3,7	3,7	3,6	3,6	40,0	67,3	12,7	5,5	23,6	21,8	87,3

Adultos	47		25,5	27,9	38,3	73,8	29,8	0	8,7	4,3	4,2	4,3	36,2	78,7	14,9	6,4	26,1	21,3	81,1
Adultos may.	51		27,5	25,6	41,2	87,3	7,8	15,7	3,2	2,0	4,0	2,0	33,3	51,0	18,0	8,0	12,2	12,0	74,5
SERVICIOS	34		17,6	14,7	85,3	82,4	11,8	5,9	3,2	5,8	8,80	8,8	20,6	64,7	5,9	2,9	14,7	11,8	8,8
Hombres	14	41	14,3	15,4	78,6	76,9	14,3	7,1	7,7	7,1	7,1	7,1	7,1	50	7,1	7,1	7,1	14,3	92,9
Mujeres	20		20%	5,3	90	82,4	10,1	5	0	5,0	10	10	30,0	76	5,0	0,0	20,0	10,0	90
Adultos	16	59	25,0	12,5	93,8	84,5	12,5	6,3	3,2	0	6,2	6,2	25,0	93,7	6,3	0	18,7	6,2	93,8
Adultos may.	18		11,1	6,3	77,8	76,6	11,1	5,6	5,9	11,1	11,1	11,1	16,7	38,8	5,6	5,5	12,1	16,7	88,8

*Interferencia con actividades diarias.

**Consumo insuficiente de frutas y verduras.

***Necesidad de atención odontológica.

11 Anexo 2

Uruguay 2010-1º Relevamiento Nacional en Salud Bucal		
Facultad de Odontología UdelaR - CSIC Ministerio de Salud Pública		
		
Datos		
1. N° de formulario		
N°	<input type="text"/>	
2. Fecha de la entrevista		
	DD / MM / AAAA <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
3. Datos personales		
Departamento	<input type="text"/>	
Localidad	<input type="text"/>	
Zona censal	<input type="text"/>	
Sección	<input type="text"/>	
Segmento	<input type="text"/>	
<p>Este cuestionario tiene la finalidad de vincular los datos clínicos, o sea el resultado de la revisión bucal que le realizaremos con su situación de vida, su salud general y comportamiento. Al comprender cómo se producen y desarrollan las enfermedades bucales y cuál es su relación con su modo vida, será posible diseñar medidas preventivas y de tratamiento, de acuerdo a las necesidades de la población del Uruguay.</p>		
4. Datos demográficos		
Edad	<input type="text"/>	
Sexo	<input type="text"/>	
Nivel socioeconómico del hogar		
INSE reducido (12 preguntas)		
1. ¿Algún integrante de su hogar tiene estudios universitarios, ya sea completos o incompletos, incluyéndose a Ud.?		
<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> NS/NC

Uruguay 2010-1º Relevamiento Nacional en Salud Bucal

2. ¿Cuál es la ocupación de la persona que aporta los mayores ingresos en su hogar? (Ver cartilla de ocupación)

- No Trabaja, renta de otras personas
- Pensionista
- desocupado(nunca trabajó)
- desocupado (si trabajó) o jubilado PREGUNTAR OCUPACION EN EL ULTIMO TRABAJO
- ULTIMO TRABAJO.....
- changas / cuenta propia sin inversión /empleada domestica/empleados manual no calificado privado/ no trabaja/ renta de sus negocios
- cuenta propia con inversión /trabajadores manuales especializados /trabajador manual no especializado público
- Cuenta propia técnico profesional no universitario (trabajadores independientes con empresa propia que hayan
- estudiado,maestros o profesores)/administrativo (o vendedor)
- Patrón con personal a cargo
- profesionales unversitario /gerente/ directivo

3. Actualmente, ¿cuántos miembros del hogar perciben ingresos monetarios regularmente?

- Un perceptor
- Dos perceptores
- Tres perceptores
- Más de tres perceptores

4. Le voy a leer una lista de bienes y quiero que Ud. me diga si en su hogar los poseen o no.

	No tiene	Uno	Dos	Más de dos
Heladera con freezer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
TV color	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Auto / camioneta para uso exclusivo del hogar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tarjeta de crédito internacional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nº baños en la vivienda	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. ¿En su hogar tienen servicio doméstico?

- SI NO NS/NC

Atención a la salud general y bucal

Uruguay 2010-1º Relevamiento Nacional en Salud Bucal

1. Cuando está enfermo se atiende en:

- A.S.S.E. u Hospital de Clínicas
 Hospital Militar o Policial
 Policlínica Municipal
 Asignaciones Familiares
 Institución de Asistencia Médica Colectiva (Mutualista)/Cooperativa/FEMI

Otro (especifique)

2. ¿Dónde se atiende cuando tiene problemas de salud con su boca y/o dientes?

- M.S.P. u Hospital de Clínicas
 Hospital Militar o Policial
 Policlínica Municipal
 Asignaciones Familiares
 Institución de Asistencia Médica Colectiva (Mutualista)
 Clínica privada
 Cooperativa/Redentis/Anda
 Consultorio particular

Otro (especifique)

3. ¿Cuándo fue su última visita al dentista?

DD MM AAAA
/ /

4. ¿Cuál fue el motivo?

5. ¿Piensa que necesitaría atención actualmente?

- SI NO NS/NC

6. Ha sentido dolor de dientes o en su boca, en los últimos 6 meses?

- SI NO NS/NC

Hábitos y factores de riesgo común

1. En una semana típica, ¿cuántos días come usted frutas?

- N° de días
 NS/NC

Uruguay 2010-1º Relevamiento Nacional en Salud Bucal

2. ¿Cuántas porciones de frutas come en uno de esos días?

(Explicar que es una porción)

N° de días

NS/NC

3. En una semana típica, ¿Cuántos días come usted verduras y hortalizas?

(Excepto papa, boniato)

N° de porciones

NS/NC

4. ¿Cuántas porciones de verduras y hortalizas come en uno de esos días?

(Explicar qué es porción)

N° de porciones

NS/NC

5. ¿Consume mate?

SI

NO

NS/NC

6. De haber contestado SI a la pregunta anterior:

Dulce

Amargo

NS/NC

No Corresponde

7. En una semana típica, ¿Cuántos días consume mate?

N° de días

NS/NC

No Corresponde

8. Fuma usted actualmente algún producto de tabaco, como cigarrillos, puros o pipas?

SI

NO

NS/NC

Uruguay 2010-1º Relevamiento Nacional en Salud Bucal

9. De haber contestado SI a la pregunta anterior, ¿fuma usted a diario?

- SI NO NS/NC No Corresponde

10. ¿Cuántos cigarrillos fuma Ud. a diario?

11. ¿Ha consumido alguna bebida que contenga alcohol, como cerveza, vino, aguardiente, sidra o [añadir ejemplos locales] en los últimos 12 meses?

- SI NO NS/NC

12. Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha tomado al menos una bebida alcohólica?

(Leer las respuestas)

- A diario 1 a 3 días al mes
 5 a 6 días a la semana Menos de una vez al mes
 1 a 4 días a la semana No corresponde

Enfermedades generales

1. ¿En los últimos 12 meses, le ha medido la presión arterial un profesional de la salud alguna vez?

- SI NO NS/NC

2. ¿Le ha dicho algún médico u otro profesional de la salud que tiene usted hipertensión arterial?

- SI NO NS/NC

3. De haber respondido SI a la pregunta anterior, ¿le dijeron eso en los últimos 12 meses?

- SI NO NS/NC No Corresponde

4. Le han medido el azúcar en la sangre?

- SI NO NS/NC

5. ¿Le ha dicho algún médico u otro profesional de la salud que tiene usted Diabetes?

- SI NO NS/NC

Uruguay 2010-1º Relevamiento Nacional en Salud Bucal

6. De haber respondido SI a la pregunta anterior, ¿le dijeron eso en los últimos 12 meses?

- SI NO NS/NC No Corresponde

Salud bucal

1. ¿Cada cuanto cepilla sus dientes?

- Nunca 2 a 6 veces a la semana
 Una vez al mes Una vez al día
 2 a 3 veces al mes Dos o más veces al día
 Una vez a la semana NS/NC

2. ¿Utiliza pasta dentífrica para cepillar sus dientes?

- SI NO NS/NC

3. Durante los pasados 12 meses, ¿le causaron molestias, dolor o incomodidad sus dientes o su boca?

- SI
 NO
 NS/NC

4. Ha experimentado alguno de los siguientes problemas durante los pasados 12 meses debido al estado de sus dientes? (preguntar para cada uno de los ítems que figuran)

	SI	NO	NS/NC
Dificultad para masticar los alimentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dificultad para hablar o pronunciar palabras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se sintió nervioso o tenso debido a problemas con sus dientes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tuvo dificultades en su aspecto, apariencia (estéticas) debido a sus dientes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Evitó sonreír debido a sus dientes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tuvo que interrumpir el sueño debido a sus dientes o boca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No concurrió al trabajo debido a sus dientes o boca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tuvo dificultades para realizar las actividades que suele realizar todos los días	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fue menos tolerante con su pareja, familiar cercano o amigos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Redujo su participación en actividades sociales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Uruguay 2010-1º Relevamiento Nacional en Salud Bucal

5. ¿Existen Motivos que le dificultan mantener su boca sana? (Explicar)

SI

NO

NS/NC

Cuáles

12 Anexo 3

1° RELEVAMIENTO NACIONAL DE SALUD BUCAL Organiza: Facultad de Odontología Universidad de la República: CSIC			FICHA DE EXAMEN EXAMINADOR <input type="checkbox"/> ORIGINAL <input type="checkbox"/> REGISTRADOR <input type="checkbox"/> COPIA <input type="checkbox"/> N° FICHA <input type="checkbox"/>	Auspicio: Ministerio de Salud Pública																																																																																
INFORMACION GENERAL																																																																																				
		FECHA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>DIA MES AÑO</small>																																																																																		
NOMBRE.....		EDAD <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																																																																																		
DEPARTAMENTO.....		LOCALIDAD..... DIR. TEL.....																																																																																		
EDENTULISMO USO DE PROTESIS SUP. <input type="checkbox"/> INF. <input type="checkbox"/> NECESIDAD DE PROTESIS SUP. <input type="checkbox"/> INF. <input type="checkbox"/>	MUCOSA ORAL <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="text-align: center;">TRASTORNO</th> <th style="text-align: center;">LOCALIZACION</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> FLUOROSIS <input type="checkbox"/>	TRASTORNO	LOCALIZACION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CONDICION PERIODONTAL <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">→</td> <td style="text-align: center;">CPI</td> <td style="text-align: center;">→</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">16/17</td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;">16/17</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">11</td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;">11</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">26/27</td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;">26/27</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">31</td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;">31</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">36/37</td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;">36/37</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">46/47</td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;">46/47</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">SANGRADO</td> <td style="text-align: center;">SARRO</td> <td style="text-align: center;">BOLSA PATOLOGICA</td> <td style="text-align: center;">PIP</td> </tr> </table>				→	CPI	→		16/17				16/17	11				11	26/27				26/27	31				31	36/37				36/37	46/47				46/47		SANGRADO	SARRO	BOLSA PATOLOGICA	PIP																																
TRASTORNO	LOCALIZACION																																																																																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																			
	→	CPI	→																																																																																	
16/17				16/17																																																																																
11				11																																																																																
26/27				26/27																																																																																
31				31																																																																																
36/37				36/37																																																																																
46/47				46/47																																																																																
	SANGRADO	SARRO	BOLSA PATOLOGICA	PIP																																																																																
CONDICION OCLUSION DENTAL																																																																																				
DENTICION <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N° INCISIVOS, CANINOS, PREMOLARES PERDIDOS																																																																																				
ESPACIAMIENTO <input type="checkbox"/>																																																																																				
APIÑAMIENTO REGION DE INCISIVOS <input type="checkbox"/>		SEPARACION REGION DE INCISIVOS <input type="checkbox"/>		DIASTEMA EN mm <input type="checkbox"/>																																																																																
OVERJET MAXILAR ANTERIOR EN mm <input type="checkbox"/>		OVERJET MANDIBULAR ANTERIOR EN mm <input type="checkbox"/>		MORDIDA ABIERTA ANT VERTICAL EN mm <input type="checkbox"/>																																																																																
LLAVE CANINA <input type="checkbox"/>		RESALTE <input type="checkbox"/>		SOBREMORDIDA <input type="checkbox"/>																																																																																
RELACION MOLAR ANTEROPOSTERIOR <input type="checkbox"/>		MORDIDA CRUZADA POST <input type="checkbox"/>																																																																																		
ESTADO DE LA DENTICION Y NECESIDAD DE TRATAMIENTO																																																																																				
<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td></td> <td>18</td><td>17</td><td>16</td><td>15</td><td>14</td><td>13</td><td>12</td><td>11</td><td>10</td><td>9</td><td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">CORONA</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">RAIZ</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">TRATAMIENTO</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>						18	17	16	15	14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	CORONA	<input type="checkbox"/>	RAIZ	<input type="checkbox"/>	TRATAMIENTO	<input type="checkbox"/>																																																							
	18	17	16	15	14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1																																																																		
CORONA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																		
RAIZ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																		
TRATAMIENTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																		
<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td></td> <td>37</td><td>38</td><td>39</td><td>40</td><td>41</td><td>42</td><td>43</td><td>44</td><td>45</td><td>46</td><td>47</td><td>48</td><td>49</td><td>50</td><td>51</td><td>52</td><td>53</td><td>54</td><td>55</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">CORONA</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">RAIZ</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">TRATAMIENTO</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>						37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	CORONA	<input type="checkbox"/>	RAIZ	<input type="checkbox"/>	TRATAMIENTO	<input type="checkbox"/>																																																						
	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55																																																																	
CORONA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																	
RAIZ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																	
TRATAMIENTO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																	
NECESIDAD INMEDIATA DE ASISTENCIA Y CONSULTA																																																																																				
ASISTENCIA <input type="checkbox"/>		CONSULTA <input type="checkbox"/>																																																																																		
TRASTORNO QUE AMENAZA LA VIDA <input type="checkbox"/>		OBSERVACIONES:.....																																																																																		
DOLOR O INFECCION <input type="checkbox"/>																																																																																				
OTRO TRASTORNO <input type="checkbox"/>																																																																																				