

**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA**



**“Desigualdades de Género en Enfermedades
Bucodentales y acceso a Atención Odontológica en
población de 35 a 44 años, Región Metropolitana de
Chile”**

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAGISTER EN SALUD
PÚBLICA**

Tesista: Gloria Ahumada Vega

Profesor Guía: Dr. Oscar Arteaga Herrera

Santiago, mayo 2017

AGRADECIMIENTOS

- A mi tutor, a mis revisores, docentes, funcionarios de Postgrado y todo el personal de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile; por la oportunidad de finalizar este Magister
- A mi familia, a mi pareja, hijos y hermana, por el apoyo incondicional

RESUMEN

Antecedentes: Las patologías orales son un problema de salud pública a nivel mundial. En este estudio, se determina su prevalencia en una muestra de adultos de la Región Metropolitana.

Objetivo General, Determinar las desigualdades de género en la prevalencia de caries y pérdida de dientes y evaluar la asociación entre el grado de acceso de atención y estado de salud bucal en mujeres y hombres de 35-44 años de comunas de la Región Metropolitana, considerando nivel socioeconómico y educacional.

Metodología: se obtuvieron los datos clínicos y sociodemográficos del: Primer Estudio Nacional de Prevalencia de Salud Bucal (Proyecto Fondecyt N ° 1070431).

Resultados; prevalencia de caries muy alta, siendo el 99.6% de mujeres y el 98.3 % de hombres. El COPD total fue de 13.1. La prevalencia de dentición funcional, fue de 73.76 % de mujeres y un 76.19% de hombres.

Conclusiones Las desigualdades de género son significativas en el grado de severidad de caries (COPD) y en la pérdida de piezas dentarias: El COPD de las mujeres (14.1) es mayor ($p=0.00$) que el de hombres (11.6). Los resultados de COPD entre mujeres y hombres; son significativos en las variables socioeconómicas: Estrato social, Ocupación, Ingresos personales y Familiares.

| | |
|---|----|
| RESUMEN..... | 4 |
| I. INTRODUCCIÓN..... | 5 |
| II. MARCO TEÓRICO..... | 7 |
| 1. DETERMINANTES SOCIALES DE LAS PATOLOGÍAS DENTARIAS | 7 |
| 2. EPIDEMIOLOGÍA DE LA SALUD BUCAL. | 13 |
| 3. CONCEPTOS DE INEQUIDAD EN ACCESO DE ATENCIÓN..... | 19 |
| 4. CONCEPTOS DE INEQUIDAD DE GÉNERO..... | 27 |
| 5. RESUMEN DEL MARCO TEÓRICO Y JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO | 33 |
| III. PREGUNTA DE INVESTIGACION..... | 36 |
| IV. OBJETIVOS E HIPOTESIS DE LA TESIS..... | 37 |
| 1. OBJETIVO GENERAL | 37 |
| 2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... | 37 |
| 3. HIPÓTESIS..... | 38 |
| V. METODOLOGÍA..... | 39 |
| 1. TIPO DE ESTUDIO..... | 39 |
| 2. POBLACIÓN Y MUESTRA..... | 39 |
| 3. VARIABLES DEL ESTUDIO Y SU OPERACIONALIZACIÓN..... | 40 |
| Tabla 1: Variables dependientes e independientes del estudio..... | 42 |
| 4. RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN..... | 43 |
| V. RESULTADOS..... | 45 |
| 1.- CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA:..... | 45 |
| Tabla 2: Características sociodemográficas de la muestra de adultos de 35-44 años de la Región Metropolitana..... | 47 |
| 2. RESULTADOS DE DESIGUALDADES DE GÉNERO EN PREVALENCIA DE CARIES EN ADULTOS 35-44 AÑOS EN RM, SEGÚN BRECHAS DE GRUPOS SOCIALES EXTREMOS | 49 |
| Tabla 3: Promedio en el índice COPD y diferencia entre grupos socioeconómicos extremos según variables sociodemográficas en muestra de adultos de 35-44 años en la Región Metropolitana..... | 50 |
| 3. RESULTADOS DESIGUALDADES DE GÉNERO, SEGÚN DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS SOCIALES EXTREMOS EN PIEZAS PERDIDAS..... | 54 |
| Tabla 4: Promedio en el índice de piezas perdidas (P) y diferencia entre grupos sociales extremos según variables sociales y económicas en muestra de adultos de 35-44 años en la Región Metropolitana..... | 54 |

| | |
|--|----|
| 4. RESULTADOS VARIABLE GRADO DE UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS ODONTOLÓGICOS..... | 57 |
| Tabla 5: Descripción de categorías de acceso de atención por porcentaje, según género, en adultos de 35-44 años de la Región Metropolitana..... | 57 |
| 5. RELACIÓN ENTRE GRADO DE UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS ODONTOLÓGICAS (PREGUNTAS DE ACCESO) Y COPD, SEGÚN GÉNERO..... | 61 |
| Tabla 6: Asociación entre grado de utilización de servicios odontológicos y COPD, según género en población de 35-44 años en Región Metropolitana..... | 61 |
| 6. RELACIÓN ENTRE GRADO DE UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS ODONTOLÓGICAS (PREGUNTAS DE ACCESO) Y PERDIDA DE PIEZAS DENTARIAS, SEGÚN GÉNERO..... | 64 |
| Tabla 7: Asociación entre grado de utilización de servicios odontológicos y promedio de piezas perdidas (P), según género en población de 35-44 años en Región Metropolitana..... | 64 |
| 7. MEDICIÓN DE DESIGUALDADES SOCIALES EN LA PREVALENCIA DE DENTICIÓN FUNCIONAL USANDO EL ODDS RATIO, EL RIESGO ATRIBUIBLE POBLACIONAL ABSOLUTO (RAP) Y PORCENTUAL (RAP%), SEGÚN GÉNERO.... | 66 |
| Tabla 8: Resumen de los OR, RA% Y RAP en la prevalencia de “Dentición Funcional” según variables socioeconómicas agrupadas en adultos de 35-44 años..... | 66 |
| Tabla 9 Resumen de los OR, RA% Y RAP en la prevalencia de “Dentición Funcional” según variables socioeconómicas agrupadas en submuestra de mujeres de 35-44 AÑOS..... | 68 |
| TABLA 10 Resumen de los OR, RA% Y RAP en la prevalencia de “Dentición Funcional” según variables socioeconómicas agrupadas en submuestra de hombres de 35-44 AÑOS | 69 |
| VII. DISCUSIÓN Y COMENTARIOS..... | 70 |
| VIII. CONCLUSIONES..... | 75 |
| IX. ASPECTOS ETICOS Y LIMITACIONES..... | 77 |
| 1. ASPECTOS ÉTICOS | 77 |
| 2. LIMITACIONES..... | 78 |
| X. BIBLIOGRAFIA. | 79 |
| XI. ANEXOS | 89 |
| 1. FICHA CLÍNICA OMS. 2. CUESTIONARIOS DE LA ENCUESTA. | |

I. INTRODUCCIÓN

La Salud Bucal es uno de los componentes fundamentales de la salud integral del individuo, y fundamental en su funcionamiento, bienestar y calidad de vida.

Las Enfermedades Bucales son un problema relevante de salud pública a nivel mundial; dentro de la población adulta las patologías más frecuentes y que producen más daño son la caries y las enfermedades periodontales^{1 2 3 4 5 6 7}. Se ha visto, en los países de América Latina, que a menor nivel socioeconómico, el daño en la salud bucal sería aún mayor⁸, por lo cual la OMS ha recomendado establecer las patologías dentarias como prioridad en políticas de salud.⁹

En Chile, las principales patologías bucales de la población, son: la caries, las enfermedades periodontales, la pérdida de piezas dentarias y las anomalías dentomaxilares. Estas son de alta prevalencia en toda la población chilena; pero durante las últimas décadas los Objetivos del Ministerio de Salud Chileno^{10 11}, han estado orientados a la población más joven: niños y adolescentes con actividades de promoción, prevención y detección precoz; con lo que ha dejado desprotegida paulatinamente a gran parte de la población adulta^{12 13}, especialmente aquella de bajos recursos que tiene escasos o nulas posibilidades de acceso a la atención por sus altos costos, y sólo recibe tratamientos de urgencia.

El presente estudio se enmarca dentro del Proyecto Fondecyt N° 1070431, que tiene como objetivo, estudiar la prevalencia de enfermedades bucales en adultos y adultos mayores de todo el país. Esto es de gran relevancia, debido a que en Chile han existido pocos estudios que midan estos parámetros de nivel de daño en la salud bucal en personas de aquel rango de edad.

La OMS ha recomendado estudiar el rango de la población entre los 35 y 44 años, que es la población económicamente activa y que ha ido aumentando

progresivamente con el envejecimiento de la población chilena ^{7 13 14}. Dentro de este grupo son las mujeres adultas jóvenes, las que debido al desarrollo del mercado y al costo de la vida, han tenido que aumentar su carga de trabajo, en empleos que son comparativamente de menor remuneración que la de los hombres, muchos de ellos inestables y sin cobertura de salud ^{15 16 17 18}; lo que las ha llevado a una profunda inequidad para su salud.

Los últimos años el Ministerio de Salud de Chile, ha puesto énfasis en dar cobertura a grupos de mujeres adultas a través de la elaboración de nuevos programas como el de: “Más sonrisas para Chile”, el que beneficiaría a mujeres mayores de 15 años a lo largo del país, en atenciones de nivel primario y prótesis removible ¹⁹. A pesar de estos esfuerzos, queda mucho por hacer para beneficiar a este grupo de adultos jóvenes, para su confort y calidad de vida, que en veinte años serán nuestros nuevos adultos mayores.

En el presente trabajo, se analizará la muestra de adultos de 35-44 años de la Provincia de la Región Metropolitana de Santiago, según diferentes estratos socioeconómicos. Con la información recopilada, se pretende tener información actualizada para determinar las desigualdades de género en la prevalencia de las patologías orales y las desigualdades en el acceso de atención y uso de servicios odontológicos.

II. MARCO TEÓRICO.

El presente Marco Teórico, revela los principales aspectos relacionados con la importancia de las Enfermedades buco-dentales para la Salud pública, y su relación con las desigualdades de acceso de atención y desigualdades de género. Los ejes temáticos se estructuran de la siguiente forma: 1) Determinantes sociales de las patologías bucodentarias 2) Epidemiología de las enfermedades de salud bucal en Chile, mostrando los últimos estudios relacionados con caries dentales; 3) Definiciones que existen de desigualdades sociales, inequidades en acceso de atención, y su correlación con las cifras que muestran los diferentes estudios en Chile;4) y finalmente una teorización de la relevancia de los aspectos relacionados con la equidad de género y su impacto en la sociedad chilena.

1. Determinantes sociales de las patologías dentarias

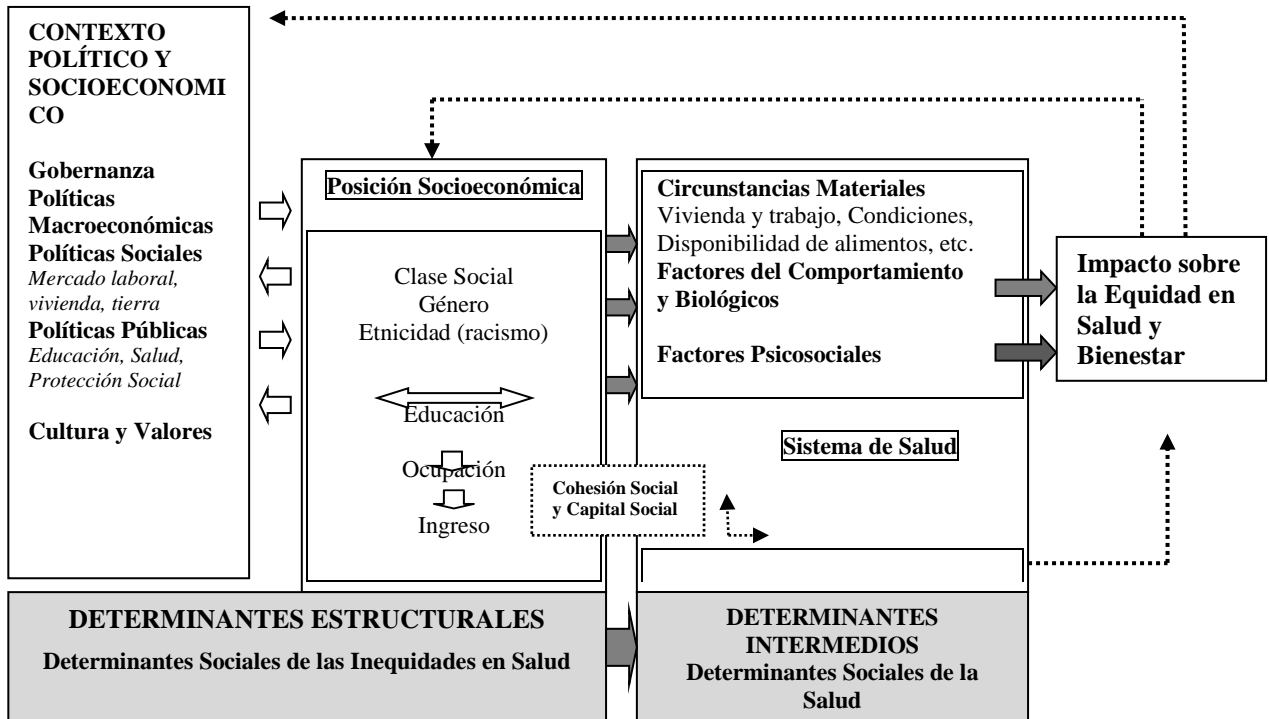
Cuando nos enfrentamos a una patología dentaria, podemos observar que existen muchísimos factores que pueden beneficiar o dificultar su resolución, que van mucho más allá de la práctica clínica y/o sanitaria; como la herencia genética, los hábitos y los estilos de vida, hasta el entorno social, político y económico ²⁰.

Los determinantes sociales de la salud, llamados también: “las causas de las causas”; explicarían la mayor parte de las inequidades sanitarias, las desigualdades injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria.

La OMS define a los determinantes sociales como: *“aquellas circunstancias que nos hacen ser y vivir como personas sociales, sus aspectos culturales, biológicos donde una persona nace, crece vive, trabaja y envejece, y el sistema de salud”*. Esas circunstancias, son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas por los gobiernos⁵.

Como muestra la imagen, y según lo establecido en la CDSS 22 (Comisión sobre los determinantes sociales de la salud), los componentes básicos del marco conceptual son: A) la situación socioeconómica y política, B) los determinantes estructurales y C) los determinantes intermedios.

Figura 2. Marco conceptual de los Determinantes Sociales de la Salud propuesta por la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS-2010



Fuente: A Conceptual Framework for Action on The Social Determinants of Health. Social Determinants of Health-Paper 2. World Health Organization, 2010.

A) Los sistemas socioeconómicos y políticos incluyen a los sistemas de gobierno y sus procesos, las políticas macroeconómicas, las políticas sociales, las políticas públicas, los valores culturales y sociales, y los resultados epidemiológicos. Estos ejercen una poderosa influencia formativa en los patrones de estratificación social y, por lo tanto, en las oportunidades de salud de la gente. La estratificación social determina las inequidades en la salud a través de: a) la exposición diferencial a los riesgos para la salud, b) las vulnerabilidades diferenciales en cuanto a condiciones de salud y disponibilidad de recursos materiales, y c) las consecuencias diferenciales - económicas, sociales y sanitarias- de la mala salud para los grupos y los individuos en una posición de mayor o menor ventaja social

- B) Determinantes Estructurales: son los atributos que generan o fortalecen la estratificación de una sociedad y definen la posición socioeconómica de la gente. Estos pueden determinar la salud de un grupo social, en función de su ubicación dentro de las jerarquías de poder, prestigio y acceso a los recursos. Entre estos determinantes estarían: la posición social (educación, niveles de ingreso), género, raza y etnia, acceso a la educación, acceso al empleo.
- C) Los Determinantes Intermedios, serían la forma en que operan los determinantes estructurales, y se distribuyen según la estratificación social. Los principales son: a) Circunstancias materiales (calidad de la vivienda y el entorno físico de trabajo); b) Circunstancias psicosociales (factores psicosociales de tensión, circunstancias de vida y relaciones estresantes), apoyo y redes sociales. c) Factores conductuales y biológicos: nutrición, actividad física, consumo de tabaco, drogas y alcohol (los factores biológicos también incluyen los factores genéticos); d) Cohesión social: la existencia de confianza mutua y respeto entre los diversos grupos y sectores de la sociedad contribuye a la manera en que las personas valoran su salud y los sistema de salud: exposición y vulnerabilidad a los factores de riesgo, acceso a los servicios y programas de salud, para mediar las consecuencias de las enfermedades para la vida de las personas.

Muchísimos estudios a lo largo varias décadas, han demostrado que son factores de riesgo para el padecimiento de enfermedades bucodentales, entre otros, la mala alimentación, el tabaquismo, el consumo nocivo de alcohol y la falta de higiene bucodental; los últimos años se han ido develando que existen también diversos determinantes sociales que condicionan la salud bucal de las personas, pero estos no han sido suficientemente estudiados en la literatura.

Las dolencias bucodentales, tanto en niños como en adultos, tienden a ser más frecuentes entre los grupos pobres y desfavorecidos. En términos mundiales, entre el 60% y el 90% de los niños en edad escolar y cerca del 100% de los adultos tienen caries dental, a menudo acompañada de dolor o sensación de molestia. Las

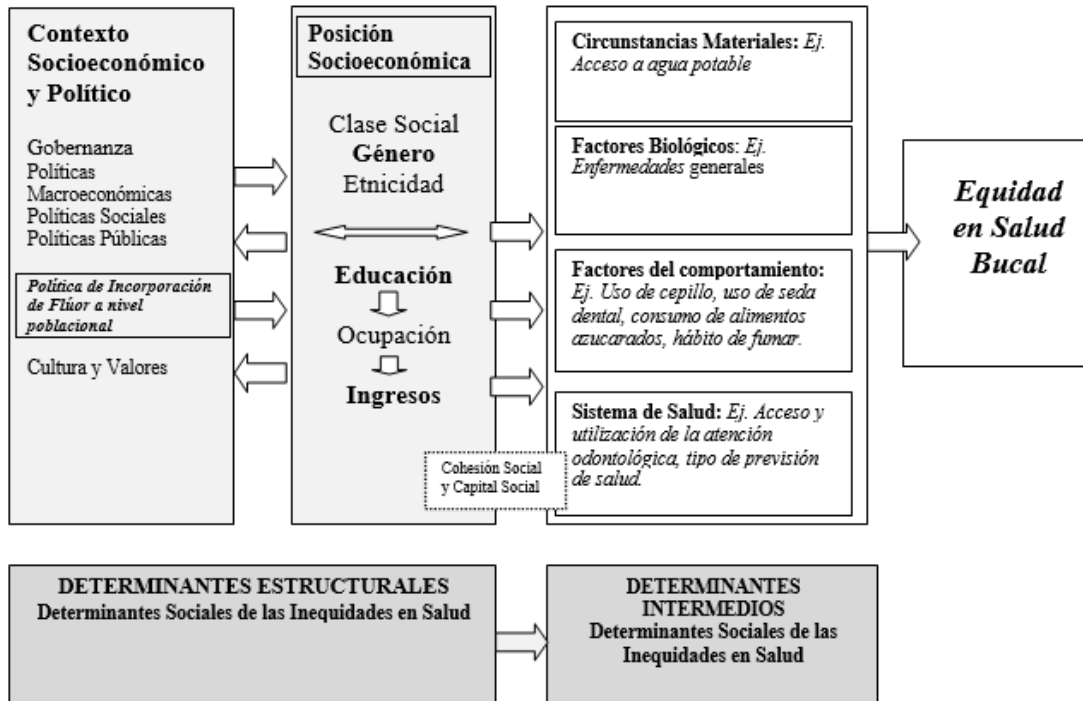
enfermedades periodontales graves, que pueden desembocar en la pérdida de dientes, afectan a un 15%-20% de los adultos de edad media (35-44 años). La carga de morbilidad por esta causa es considerablemente mayor en las poblaciones de bajos recursos económicos y con bajos niveles de educación.^{15 9}
13 20 21 22.

Los datos probatorios indican cada vez más, que los más pobres entre los pobres tienen la peor salud; este es un fenómeno mundial que se presenta en los países de ingresos bajos, medianos y altos. Los datos dentro de los países indican que, en general, cuanto más baja es la posición socioeconómica de una persona, peor es su salud. A esto se le conoce como "gradiente social de la salud"^{5 20 21 22}.

Existe una evidente desproporción entre el gasto sanitario por habitante, en función del nivel de riqueza de los países, que se traduce en que "el 88% del total del gasto sanitario mundial se dedica al 13% de la población, mientras que, en el otro extremo, al 62% de la población mundial sólo le corresponde el 2% de ese gasto sanitario"²². La limitada disponibilidad o la inaccesibilidad de estos servicios, hace que sus tasas de utilización sean especialmente bajas entre las personas mayores, los habitantes de zonas rurales y las personas con bajos niveles de ingresos y de estudios. La cobertura de la atención bucodental es reducida en los países de ingresos bajos y medianos.

Al observar la relación entre los determinantes sociales y la salud, podemos observar que no siempre al mejorar alguno de ellos el resultado es directo sobre las inequidades. De hecho, la evidencia muestra lo contrario. No se ha considerado todo lo que se sabe de promoción y prevención como políticas de salud⁵.

Figura 3. Propuesta de marco conceptual de los Determinantes Sociales de la Salud Bucal adaptada de la propuesta por la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS.



Fuente: A Conceptual Framework for Action on The Social Determinants of Health. Social Determinants of Health-Paper 2. World Health Organization, 2010.

Por todo lo anteriormente expuesto, es fundamental las intervenciones a nivel de salud poblacional en, por ejemplo, procurar un mayor acceso a servicios de salud con orientación promocional-preventiva y de un capital con pertinencia social extendido más allá de las fronteras del sector salud. Ello justifica la importancia de su abordaje a través de políticas públicas intersectoriales, y de evaluar el impacto a corto, mediano y largo plazo de dichas políticas sobre los determinantes sociales, los factores de riesgo y los indicadores de salud bucal ²⁴.

2. Epidemiología de la Salud Bucal.

La caries oral, es una de las enfermedades más comunes en el mundo. Afectando a más del 90% de la población. Se ha determinado que ha tenido un aumento progresivo durante las últimas décadas. Junto con la enfermedad periodontal y el cáncer oral, aumentó la carga global, en un 45% de 1990 al 2010. Se define como una patología ubicua, global y dinámica, con procesos activos agudos, alternados con procesos crónicos. Su aparición es multicausal, factores biológicos (huésped y bacterias) y de hábitos alimentarios; pero principalmente determinados por factores compartidos por otras enfermedades crónicas; como el exceso de consumo de azúcar y tabaco. Llamada también como la epidemia silenciosa, es la enfermedad crónica que provoca mayor gasto per cápita en países como Alemania, Japón y Australia.²⁵

En diferentes estudios internacionales, se puede observar que la prevalencia es alta en países en vías de desarrollo^{1 2 3 8 23}. Para cuantificar el daño de las piezas dentarias, se utiliza el indicador recomendado por la OMS, el índice COPD. Este índice permite conocer la cantidad promedio de dientes (D) con caries (componente C), obturados (componente O) y perdidos (componente P), en un adulto¹⁷. Este índice tiene la capacidad de describir la historia o experiencia de caries de la población hasta el momento del examen. Su uso permite realizar comparaciones entre países y evaluar tendencias a lo largo del tiempo.

La prevalencia de caries dental publicada por la OMS considera una media global para adultos entre 35 y 44 años, de CPO-D < 5,0 como muy baja prevalencia; entre 5.0 - 8.9 baja; entre 9.0 - 13.9 moderada prevalencia y alta cuando supera este valor.

Al revisar la literatura y los estudios en el mundo y Sudamérica que hablan acerca de la prevalencia de caries, nos encontramos que la población mundial resulta afectada en 90 % por alguno de los problemas de salud bucal

(principalmente caries dental, periodontopatías y maloclusiones); sin embargo, solo 60 % tiene acceso a servicios de salud. Se observa también en estudios poblacionales, que existe un predominio de piezas dentarias obturadas (O) en países desarrollados (Australia con un COPD de 10.7 y España 12.2), en comparación con países subdesarrollados, donde predominan las piezas dentarias cariadas (C) (como los realizados en Irán y regiones del interior de China) ²⁶.

En el año 2010, se realizó el Primer Relevamiento Nacional de Salud Bucal en adultos uruguayos ²⁷ que permitió determinar la prevalencia de caries, en jóvenes 15 a 24 años y adultos mayores de 35 años. Como resultados, se obtuvo una prevalencia de 94% (95%IC: 91.8-96.1) en mujeres y de 91% (95%IC: 87.8-94.1) en hombres. El COPD poblacional fue de 12,4 (95%IC: 11.9-12.9) y en el rango de 35- 44 años fue de 15,8 (95% IC: 14.7-16.9). El estudio concluyó principalmente que la prevalencia de caries aumenta con la edad, siendo mayor en el género femenino. La fracción P (perdidos) del CPOD resultó considerablemente mayor en adultos de 35-44 y de 65-74 años.

En Brasil, en el último estudio de prevalencia nacional ²⁸ realizado el 2011 los resultados mostraron que el COPD fue de 16,75(IC: 16.3-17.2), en el grupo de edad de 35-44 años, donde el componente perdido y el componenteariado son los que predominan, siendo el componente perdido responsable de aproximadamente el 44,7% del índice. Los porcentajes de libres de caries fueron 0.9% (IC: 0.5-1.8) y el 67,2% de las mujeres de 35 a 44 años no usaban dentaduras superiores.

En México ²⁹, el promedio de dientes presentes en todos los pacientes (incluidos los pacientes edéntulos) que acudieron a los servicios de salud por primera vez, fue de 27.7. Los hombres de 35-49 años, mostraron un valor promedio más elevado de dientes permanentes presentes que las mujeres (28.7 y 27.7 respectivamente) ($p < 0.0001$). Los pacientes con un mayor grado de escolaridad, mostraron un mayor número de dientes permanentes presentes (>9

años 28.5 y < 9 años 27.7). De todos los pacientes usuarios examinados, el 93.2 % conservó un mínimo de 20 dientes. El porcentaje en el grupo de referencia de la OMS (35-44 años) fue de 97.2. Al realizar la estratificación por sexo, se observó que las mujeres con una boca funcional, alcanzaron el 92.1%, mientras que los hombres llegaron al 94.2%, siendo una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.0001$). El promedio del índice COPD en el rango de 35 -39 años, es 13.62 y de 40 a 44 años es de 14.50. En la mayoría de los grupos, las personas con una escolaridad hasta de ≤ 9 años, presentaron un mayor número de dientes afectados por caries y de piezas dentales perdidas (P) o por que no han recibido tratamiento (C).

En Chile durante décadas no existieron estudios de prevalencia en adultos a nivel nacional. Gamonal ⁴, en el año 1998, realizó un estudio en adultos de 35-44 y 65-74 años, en 8 comunas de la provincia de Santiago de nivel socioeconómico bajo y medio bajo; en sus resultados observó que el 100% de los individuos de ambos grupos etáreos tenían caries dental. Observó que en el grupo de 35 a 44 años, el índice COPD era de 25.96 y en el de 65 a 74 años era de 26.02.

La Encuesta Nacional de Salud 2003 ³⁰ entrega alguna información sobre la prevalencia y magnitud de la caries dental. Sus resultados indican que la prevalencia de caries en la población nacional mayor de 17 años es de 66%, (70% hombres y 63.5 % en mujeres) siendo el grupo de 25-44 años el más afectado. El promedio de dientes con cavidad por caries en la población mayor de 17 años a nivel nacional fue de 2,5 dientes afectados, encontrándose un mayor promedio de dientes cavitados en el grupo de 25-44 años y entre hombres comparados con mujeres (2.97 vs 2.08). Las personas de áreas urbanas tienen 2,2 mientras que las de áreas rurales tienen 4,3 dientes cavitados por caries. Es probable que haya subestimación del problema debido a las características de los examinadores (enfermeras adiestradas) y que en el estudio no se registraron los dientes con caries no cavitadas. El 28% de la población tiene dentadura completa (> 14

dientes) en ambos maxilares, porcentaje superior en los hombres (29%) que en las mujeres (26%). Es significativo mencionar la gran diferencia en la prevalencia de dentadura completa entre el nivel educacional alto y el bajo (44% v/s 8%), y entre la zona urbana y la rural (29% v/s 19%). Al comparar estas cifras con la encuesta: *Calidad de vida 2009*,³¹ se observa que no existe correlación, ni continuidad con la previa encuesta del 2003, en la evaluación de patologías orales. En la encuesta del 2009, sólo se consideró la necesidad de prótesis dental; lo cual arrojó un 25.3% de necesidad de prótesis en general (24.4% en hombres y 26.1% en mujeres) y reveló que a menor cantidad de años de escolaridad (<8 años) podía llegar a un 50.1% la necesidad de prótesis versus 11.9% de necesidad para personas con más de 12 años de escolaridad.

En el Estudio de carga de enfermedad y carga atribuible, del año 2007 encargado por el Ministerio de Salud³², se mostraron sustanciales diferencias del año 1996. En el estudio del 2007 se encontró un predominio femenino de la carga en una razón de hombres y mujeres de 0,95. Las condiciones orales representan el 1,4% de la carga de enfermedad medida a través de los años de vida ajustados por discapacidad (AVISA). Dentro de las condiciones orales, la mayor carga está dada por la caries dental en los menores de 45 años. La carga es mayor en mujeres que en hombres, al considerar todas las edades. En el tramo de 20 a 44 años, se perdieron en hombres por caries dentales: 4.685 AVISA y 4.445 AVISA en mujeres. A partir de este tramo (más de 45 años), ya se revela la importancia del edentulismo (pérdida total de piezas dentarias en boca).

Actualmente y gracias al Primer Examen Nacional de Salud Bucal (FONDECYT 2007-2008), se ha publicado evidencia científica nueva: en el primer estudio de prevalencia de caries, realizado por Urzúa y Mendoza³, los resultados revelaron que la población adulta en Chile tiene una alta prevalencia de la caries dental y pérdida de dientes. Los resultados dieron un CPOD promedio de 15.06 en el grupo de 35 a 44 años de edad. Se determinó como factores de riesgo relacionados con la pérdida de dientes: la depresión auto-reporte, el nivel de la

educación (menos de 12 años de escolaridad), el ingreso personal (menos de \$141.000 pesos chilenos), los bajos ingresos familiares (menos de \$285.000 pesos chilenos); y el autoreporte de obesidad.

Las Enfermedad Periodontales, tanto las gingivitis como la periodontitis, son crónicas y de origen infeccioso. Corresponden a la segunda causa de pérdidas de piezas dentarias^{1 4 13 33 34 35}. La enfermedad periodontal es una enfermedad infecciosa que se caracteriza por diversas características clínicas, entre las que se observan: la pérdida de inserción clínica, pérdida de hueso alveolar, sacos periodontales y la inflamación gingival. Los primeros síntomas de esta enfermedad se manifiestan a edades tempranas, como la adolescencia, aumentando progresivamente hasta volverse una patología silenciosa y crónica en la edad adulta. El indicador más usado y aceptado entre los investigadores para medir enfermedad periodontal es la pérdida de inserción clínica (clinical attachment loss: CAL). Algunos factores de riesgo asociados a la enfermedad periodontal son: higiene bucal, edad, nivel socioeconómico, género, nivel educacional y tabaco^{2 4 25-28 33}.

En EEUU se ha observado que la mayoría de los adultos sobre 35 años, presentan algún grado de periodontitis moderada¹, con un saco de profundidad de a lo menos 4 mm. Cuando este nivel es mayor o igual a 2 mm., alrededor del 80% de los adultos tendría periodontitis y el 90% entre 55 y 64 años. Se ha observado también que la pérdida de inserción es más prevalente en hombres que en mujeres³⁴. Las razones se desconocen, pero se deduce que estarían relacionadas con los hábitos de higiene de los hombres: pobre higiene oral, menor actitud positiva hacia la salud bucal y pocas visitas al dentista.

En América Latina existen pocos estudios de prevalencia de periodontitis. En Chile, Gamonal en 1996³⁴, determinó que el 98% de los adultos de 35 a 44 años y el 100% de los de 65 a 74 años en su estudio, presentaban algún grado de

Enfermedad Periodontal. Casi dos décadas después en el estudio realizado por Gamonal *et al*⁴, que se centra en las enfermedades periodontales de adultos jóvenes (35-44 años) y adultos mayores (54-74 años) a través de mediciones clínicas de la pérdida de inserción (LA)¹³, los resultados mostraron que un 93.45% de los adultos jóvenes de 35 a 44 años presentan uno o más sitios con pérdida de inserción de 3 mm. Del mismo modo, se observa que en un 38.65 % de los adultos jóvenes se presentan sitios con sacos de 6 mm en al menos uno de los dientes examinados. La población de 35 a 44 años tiene un promedio de 6,5 dientes perdidos, mientras que en la población de 65 a 74 años, un promedio de 15,8. En el grupo de adultos de 35-44 años, un 20% conserva su dentadura completa, mientras que este porcentaje baja a un 1% en los adultos de 65 a 74 años. Según este estudio, los principales indicadores de riesgo para la pérdida de dentadura, serían el sexo masculino, el bajo nivel socioeconómico y el tabaquismo. Se observa también una gradiente entre la higiene bucal y el nivel socioeconómico.

En 1992, la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁷ adoptó como meta: "la conservación a través de toda la vida de una dentición natural, estética y funcional de no menos de 20 dientes y sin requerir una prótesis"; como respuesta a la evidencia en la literatura que indica que la capacidad masticatoria está estrechamente relacionada con el número de dientes.

Las principales causantes de la pérdida de dientes son las caries y las enfermedades periodontales. La pérdida total de la dentadura es un fenómeno bastante generalizado que afecta sobre todo a las personas mayores. Alrededor del 30% de la población mundial con edades comprendidas entre los 65 y los 74 años no tiene dientes naturales. Peterson⁹, manifiesta que la pérdida de piezas dentarias, es un tema prevalente entre los sujetos de mayor edad en todo el mundo y estaría muy relacionado con el estado socioeconómico de la población.

En cuanto al uso de prótesis dental, la Encuesta Nacional de Salud del

2003, encontró que el 25% de la población mayor de 17 años usaba prótesis dentales, principalmente en el maxilar superior, y en mayor proporción en mujeres (30%) que en hombres (19%)³⁰.

Por otra parte, las lesiones de la mucosa oral son un grupo de patologías de la mucosa de la región bucal. De entre ellas, las leucoplasias (lesiones blancas) se describen como las lesiones pre - cancerizables más comunes a nivel mundial, mientras que las eritropasias (lesiones rojas), a pesar de ser menos frecuentes, tienen mayor potencial de transformación maligna⁹. En Chile, en un estudio realizado en una muestra de adultos mayores de la Provincia de Santiago, se encontró que el 53% de los sujetos presentaba al menos una lesión de la mucosa oral al momento del examen, siendo la estomatitis protésica la más frecuente¹⁴.

Después de realizado un análisis de los índices epidemiológicos de las patologías bucodentales más prevalentes en los adultos en Chile, para los objetivos de la Tesis, conviene profundizar los principales conceptos de equidad en salud, tema que se trata en el siguiente eje temático.

3. Conceptos de inequidad en acceso de atención.

El concepto de Equidad se define Según la Real Academia Española de la Lengua como " Justicia natural, por oposición a la letra de la ley positiva", por lo cual se define a inequidad como algo injusto, o imparcial. Otra definición de la Real Academia, habla de la "Disposición del ánimo que mueve a dar a cada uno lo que merece".

El término equidad aplicado a salud se remonta a Margaret Whitehead (OMS, 1992), y se relaciona con las diferencias o variaciones que existen en los perfiles de salud y que pueden ser medidas y comparadas con estándares de salud. A las diferencias sistemáticas, que son innecesarias o evitables y que,

además, son consideradas injustas, se les llama “Inequidades”, lo que tiene implícita una dimensión moral y ética. La equidad en salud significa que todas las personas pueden tener oportunidades justas para alcanzar su potencial de salud, en la medida posible.

Según la OMS; se entiende por inequidades sanitarias las “desigualdades evitables en materia de salud entre grupos de población de un mismo país, o entre países”. Estas son el resultado de condiciones sociales y económicas, y sus efectos en la vida. El lugar que cada cual ocupa en la jerarquía social afecta a sus condiciones de crecimiento, aprendizaje, vida, trabajo y envejecimiento, a su vulnerabilidad ante la mala salud y a las consecuencias de la enfermedad.

La equidad en salud ^{36 - 39} se refiere a las oportunidades y recursos relacionados con la salud, que tienen las personas, tanto en el estado de salud, como la atención que éstas reciben. La dimensión de equidad relacionada con la oportunidad de atención, tiene relación con entregar atención de calidad, según las necesidades de las personas, y la dimensiones de equidad que se refiere a los recursos, asume que el pago sea proporcional a la capacidad económica de las personas ^{8 40 41}.

El termino equidad, se ha confundido ampliamente con el de Igualdad, siendo conceptualmente diferentes entre sí. Se podría argumentar, por ejemplo, que si lográramos un acceso universal en la atención de la salud bucal de todas las personas, esto sería igualdad, al asegurar un mínimo posible de salud, basada en una igualdad biológica. Frente a este mismo punto, otros argumentarían que no todos las personas tienen las mismas necesidades de atención, debido a diferencias en sus condiciones económicas. En este argumento el enfoque sería desde la Equidad. Ambos enfoques diferentes han sido fundamentales en la toma de decisiones de la asignación de recursos, para solucionar la enorme variedad de problemas de salud bucal en la población ^{39 41 - 49}.

Gita Sen ¹⁸, habla de que la desigualdad en salud no tiene que ver solo con aspectos de la salud, sino también aspectos sociales, de la vida y libertad humanas. Es decir está contenido en conceptos más amplios como justicia social y equidad global.

Braveman³⁸ hace referencia explícita a las comparaciones entre grupos socialmente más y menos desfavorecidos. Ella indica que en casi todas las sociedades en el mundo, los grupos sociales en desventaja, tales como los pobres, los grupos raciales / étnicos, las minorías, las mujeres y otros grupos que han sufrido persistentemente desventaja social o discriminación sistemática, experimentan peor salud o una mejor salud; es por ello que la búsqueda de la equidad en salud significa tratar de reducir las brechas evitables en la salud a través de políticas e intervenciones concretas de los estados. Braveman dice que incorporar la visión de inequidad en las tomas de decisiones, puede abrir la visión de creer que las inequidades se producen por razones meramente biológicas, o culturales y no por el impacto social y lo relaciona directamente con principios de justicia y derechos humanos.

Amartya Sen⁵⁰, da hincapié al hecho de los fenómenos de salud no siempre pueden explicarse de forma lineal: él expresa que abundan estudios con conclusiones erradas al respecto, con conclusiones tales como “el progreso económico es la clave para aumentar la salud y la longevidad”, lo que se contradice con evidencia que indica que dentro de países muy desarrollados, los índices de salud del decil más pobre, son aún peor que personas nacidas en economías muy pobres. Esta situación sería explicada entonces, no por el aumento en los niveles de ingreso económico, sino más bien por otros factores sociales, como la educación, las conductas y/o elecciones que hacen las personas, etc.

Generalmente se utilizan tres medidas principales para describir las inequidades: las desventajas en materia de salud debidas a las diferencias entre los sectores de la población o las sociedades; las brechas de salud, que se forman por las diferencias entre las personas que están en peor situación y el resto de la población; y los gradientes de salud, relacionados con las diferencias encontradas a lo largo de todo el espectro de la población⁵¹.

Petersen manifiesta que es probable que niveles socioeconómicos más bajos, así como niveles de higiene bucal malos se asocien con mayores valores de prevalencia de caries dental ⁹.

En una revisión muy reciente realizada por el grupo GOHIRA (Global Oral Health Inequalities Research Agenda) de la IADR 2-3, en relación a las desigualdades sociales en la caries dental en el mundo, llegaron a varias conclusiones entre las cuales determinaron que continúan manteniéndose variaciones importantes en los niveles de caries, entre poblaciones con diferentes niveles de desarrollo económico y social. La razón de estas diferencias se debe más a los determinantes de nivel poblacional que a los factores individuales. Además concluyeron que la experiencia de caries es mayor en las poblaciones con menores niveles de desarrollo económico y social, mientras queda más confinada a pequeños subgrupos poblacionales en países desarrollados ^{25 52 - 54}.

Otros estudios también han indicado que en países desarrollados, donde progresivamente han ido disminuyendo las patologías bucales, al revisar los indicadores, siempre persiste la desigualdad entre los más ricos y los grupos más desfavorecidos, llegándose a la paradoja de ofrecer prevención a los que más medios tienen y tratamientos generalmente agresivos (exodoncias) a los que menos tienen⁵⁵.

Tres rasgos caracterizan la desigualdad en América Latina y el Caribe (ALC): es alta, es persistente y se reproduce en un contexto de baja movilidad socioeconómica. La diferencia de ingresos entre el 10 % más rico y el 10 % más pobre en 2013 era de 27 contra 1^{56 57}.

En la Encuesta Nacional de Salud (2003)²⁹, se puede observar una gradiente socioeconómica y educacional relacionada con malos indicadores de salud bucal. La prevalencia de enfermedades bucodentales, para el grupo de nivel socioeconómico más bajo, era cercana al 70%, mientras que para el nivel socioeconómico más alto, bordea el 50%, observándose la misma tendencia por nivel educacional. Se observan diferencias marcadas en la prevalencia de caries dental, al observarse que en el grupo de nivel socioeconómico más alto presenta

en promedio 0.96 dientes cavitados por caries, el grupo de nivel más bajo presenta 3.51 dientes dañados, ocurriendo algo similar según nivel de educación. También allí se encontró que los sujetos con nivel socioeconómico y educacional más bajo presentaron mayor prevalencia de uso de prótesis y mayor reporte de incomodidad en el uso de ellas.

La encuesta CASEN⁵⁸, muestra que la falta de acceso a la atención dental disminuye claramente a medida que aumenta el nivel de ingresos, tanto en hombres como en mujeres de todos los grupos de edad. También allí se determinó que las diferencias según los extremos del nivel de ingreso son mayores en las áreas urbanas y especialmente en los hombres, en los que el porcentaje de falta de atención dental en los del primer decil de ingreso representa 3.5 veces el porcentaje de falta de atención de los del último decil. En la encuesta de Calidad de Vida del 2006, se preguntó sobre el impacto de la salud bucal en la calidad de vida de las personas: “La salud bucal afecta la calidad de vida de los individuos en términos de dolor, malestar, limitación y minusvalía social y funcional”. Un 37% de la población mayor de 15 años declara que su salud bucal afecta su calidad de vida siempre o casi siempre, la cual aumenta según aumenta la edad de las personas⁵⁹.

El Ministerio de Salud ha establecido dentro de las estrategias de salud para la década 2010-2020: “reducir las inequidades en salud de la población a través de la mitigación de los efectos que producen los determinantes sociales y económicos de la salud”¹¹. Chile se ha mostrado en los últimos años mejor posicionado en el Informe del PNUD (2013)⁶⁰, con un índice de 0.822, primer lugar en América Latina y el Caribe y con la posición 41 en el mundo. A pesar de estos logros, el desarrollo no ha estado acompañado de mejorías en la distribución del ingreso. La extrema desigualdad en la distribución de los ingresos del capital se evidencia en un Índice de Gini de 0,54 en 2011, seguido de cerca por México con un 0.47; que denota una fuerte concentración del 54% de los ingresos del país en el 5% más rico de la población. De igual modo el índice 10/10 fue de 35.6, es

decir que los ingresos autónomos del 10% más rico fueron en promedio 35,6 veces más altos que los ingresos del 10% más pobre. El índice 20/20 es de 13,6, es decir el los ingresos autónomos del 20% más rico fueron en promedio 13,6 veces más altos que los ingresos del 20% más pobre. Estos datos nos muestran claramente que Chile es uno de los países con la distribución de la riqueza más desigual del mundo. Esta fuerte inequidad en los ingresos, podría estar reflejada en el acceso a la atención de salud de las personas. Debido a que el IDH, puede ocultar diferencias entre los países, el PNUD creó el *IDH ajustado por desigualdad*. Este indicador no sólo muestra las desigualdades de ingresos, sino también la distribución de las capacidades educativas y los logros en esperanza de vida. Con este ajuste, el valor de IDH general de Chile cae a 0.661, es decir, cae en un 19.6%, lo que muestra el impacto negativo de la desigualdad en el logro de los países. La mayor pérdida por desigualdad se apreciaría en la dimensión ingresos (36%), seguida por educación (13.7%), mientras que en salud, esperanza de vida, el impacto sería de un 5.9% ^{5 22 56-60}.

Chile es el país de la OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos) ⁶¹ con mayor desigualdad salarial de los 18 estados que la conforman y tiene la tercera tasa mayor de pobreza relativa (con un 18.9%, después de México e Israel y muy por encima de la media de la OCDE de 11.1%). Este informe señala que la pobreza infantil, los empleos informales y la desigualdad de género están entre los problemas más acuciantes del mercado laboral chileno. El 38% de los chilenos reporta que le es difícil o muy difícil vivir de sus ingresos actuales, un porcentaje muy por encima de la media de la OCDE de 24%. Al comparar la salud de Chile con los países de la OCDE, resulta ser uno de los que presentan un mayor gasto en salud de las personas. No existe un fondo universal para cubrir los gastos en salud, lo que es aún más crítico en las familias que tienen menos recursos, que tienen que desembolsar gran parte de su presupuesto familiar para recibir salud. Es decir, en Chile el derecho a la salud depende de la capacidad de pago de las personas. Otros de los puntos que Chile debe vigilar, siempre según el análisis de la OCDE, son la gran proporción de

trabajadores con empleos informales (20 % de la población) y la desigualdad de género, dado que las mujeres tienen 23 % menos de posibilidades de trabajar que los hombres (frente al 12 % de media en el conjunto de la OCDE). “La mayoría de las mujeres que no están en el mercado laboral tienen trabajos no pagados de ama de casa. Como consecuencia, las mujeres tienen ingresos mucho menores y pensiones considerablemente más bajas que los hombres”, resume el informe.

Espinoza y Gamonal (2013)¹³, en el estudio reciente basado en la encuesta Calidad de Vida del 2003 se encontró una gradiente social, a través de una relación directa entre el nivel de estudios de las personas y el estado de su salud. Ellos mencionan que debiéramos considerar los aspectos de inequidad en salud como de Justicia sanitaria y bioética de protección, considerando que el daño oral es acumulativo y es una suma consecutiva de no atención en la trayectoria de su vida.

Según la Encuesta Nacional de Salud 2009, el 27.8% de la población declara no haber visitado nunca al profesional odontólogo o no haberlo hecho dentro de los últimos 5 años desde la fecha de la última entrevista, con diferencias significativas según sexo (32,9% en los hombres y 22,9% de las mujeres)³⁰.

En el mundo a pesar que existe más de un millón de dentistas ejerciendo su profesión, aproximadamente sólo el 60% de la población tiene acceso a servicios de salud bucal. Sumado a que la distribución es desigual geográficamente, habiendo más densidad de dentistas en zonas urbanas que rurales, y más en zonas ricas que pobres, la desigualdad se observa también en la cobertura en los países, que va desde 21,2% en Burkina Faso al 94,3% en Eslovaquia. Entre los países, la densidad de dentistas cualificados varía de un dentista por 560 personas en Croacia a un dentista por cada 1.278.446 personas en Etiopía ²⁵.

La realidad en Chile, según lo referido por estadísticas en reuniones de la Asociación de Clínicas Dentales y teniendo como antecedente que la OMS

recomienda un Dentista por cada 2.000 habitantes, para satisfacer las demandas mínimas de salud de la población, el año 2000 en Chile había un dentista cada 1.848 habitantes; en el año 2011 se estimó un Dentista cada 1.133 habitantes y la proyección para el año 2016 con 12.000 estudiantes de Odontología (de primero a sexto año) habrá un dentista por cada 630 habitantes. Pero este aumento exponencial de Odontólogos egresados, no va de la mano con un mayor acceso de la población a atención dental. El Colegio de Cirujano Dentistas estima que sólo un 30% de la población tiene acceso dental; sin embargo, solo un 13% consulta al menos 1 vez al año a un dentista ⁶².

En un estudio en que se analizó una serie de las encuesta Casen, en aspectos de acceso de atención, se observó que las personas que están fuera del sistema público (Isapre, particular), se encuentran en ventaja comparativa a las del sistema público chileno (Fonasa) que han ido aumentando progresivamente; y se observó que las personas del Tramo A, frente a eventos de salud, deben desembolsar dinero para resolverlos, pero siempre en menor cantidad que los del sistema privado. Este estudio ha concluido que los mayores niveles de inequidad y desigualdad están en la utilización del médico dentista y del médico especialista, con una marcada tendencia a que sean las personas con más ingresos las que hacen uso de las consultas odontológicas o de especialistas, en contraste a las personas de bajos ingresos que tienden a usar los sistemas de urgencia y de hospitalización⁶³.

También es importante considerar en el mundo y en Chile, el modelo absolutista de la práctica odontológica ha hecho que responda al enfoque liberal de mercado, y a los intereses de las industrias farmacológicas y biotecnológicas, provocando altos costos en los tratamientos; alejándose de una visión humanista y social. Sumemos a esto la ultraespecialización de la odontología, que está enfocada a las consecuencias del daño dental acumulado por años y no se enfoca en las causas, con una visión basada en la promoción y prevención ^{64 - 68}.

Luego de haber revisado los conceptos de inequidad y su directa relación con las patologías bucodentarias, observaremos a continuación las inequidades de género y su influencia en la salud oral de las mujeres.

4. Conceptos de inequidad de género

Durante las últimas tres décadas, ha existido una fuerte tendencia por abordar las diferencias que existen entre la salud de hombres y mujeres. En la tercera conferencia de la Mujer en Nairobi en 1985, se reconoce la discriminación del sexo femenino en la vida política, social y económica, como un hecho natural. La igualdad de género y la autonomía de las mujeres fue uno de los ocho objetivos de desarrollo del milenio (ODM) contenidos en la Declaración del Milenio de la Organización de las Naciones Unidas, documento aprobado en Nueva York en el año 2000 ⁶⁹.

Para aclarar los conceptos, se define “sexo”, como la diferencia biológica existente entre hombres y mujeres. El concepto de “género”, tiene relación con el significado social atribuible a esta diferencia biológica. La palabra género, es un constructo social que se refiere a las convenciones culturales, los roles y los comportamientos sociales que diferencian a hombres y mujeres ^{55 70}, e intenta hacer diferencia al como la sociedad construye el “ser hombre” y el “ser mujer”. La inequidad en género, se refiere a las funciones que los hombres y mujeres desempeñan y las relaciones de poder entre ellos, que colocan a cualquiera de los sexos en ventaja o desventaja en relación con los recursos, denotando la posición jerárquica de un sexo sobre otro ^{47 48 69 - 73}.

Gita Sen ¹⁸, dice que la equidad de género es multidimensional, agregando que el género se construye no sólo por los roles sociales, sino también por el acceso a los recursos y el conocimiento: la segregación en la ocupación de puestos de trabajo, las divisiones y remuneraciones recibidas por el trabajo, las

normas dictadas por la sociedad en lo que tiene que ver con tu personalidad, comportamiento e identidad, y finalmente en la toma de decisiones. Por lo tanto los factores determinantes de carácter social exacerban las vulnerabilidades biológicas de las mujeres.

El proceso de socialización de los individuos, entre si ha determinado los trabajos que estos realizan en la sociedad. Es así como se ha asumido históricamente que las mujeres desempeñan preferentemente roles de cuidado de la familia, ancianos y niños por su condición biológica; y los hombres trabajos que implican un esfuerzo físico^{72 - 75}. Con el volcamiento de las mujeres al mundo laboral; se produjo un fenómeno de recarga de roles sobre ella, produciéndose en ellas un proceso acumulativo de estrés, debido a que cada vez menos tienen momentos de descanso y recreación; con claras consecuencias físicas y mentales. Ahora bien, en el aspecto biológico, la evidencia epidemiológica a nivel mundial, indica que las mujeres tienen una mayor expectativa de vida, pero ésta se produce en peores condiciones de salud que la del hombre. Presenta mayor morbilidad de trastornos agudos, mayor prevalencia de enfermedades crónicas y mayores discapacidades, que inciden directamente en su calidad de vida.

Rosa María Godoy Serpa da Fonseca⁷⁰, relaciona a inequidad de género con conceptos de justicia y derechos humanos, considerando que las mujeres son el pilar fundamental de la fuerza productiva de trabajo y centro neurálgico del hogar y por ende de la sociedad.

Ileana Castañeda^{75 76}, dice que las desigualdades de género se pueden distinguir entre las desigualdades biológicas que son difíciles de evitar y las desigualdades sociales, o inequidades que se podrían resolver con igualdad de derechos, a través de leyes y también con mejorar las oportunidades de acceso a la salud. Considera que existen tres roles en la mujer: el reproductivo, el rol productivo y el rol de gestión comunitaria; por lo cual las mujeres tienen una triple carga o carga múltiple, con varios roles al mismo tiempo.

Según su definición hay cuatro aspectos a considerar para observar las inequidades de género: el estado de salud (perfiles epidemiológicos) de la población, cómo usar los servicios para resolver las patologías más frecuentes, la gestión de la salud y el financiamiento. Según la clasificación etárea que ella y sus colaboradores establecen para los estudios, el rango de los 20 a 49 años, lo denomina la edad fértil, el que es el rango de edad de mayor productividad, donde se realizan dos a tres jornadas simultáneas. El encarecimiento de la vida moderna, ha llevado a que las mujeres deben trabajar en cargos mal remunerados, con altas jornadas horarias y siguen con la responsabilidad de las tareas domésticas, simultáneamente.

Otro aspecto se menciona al observar mujeres en el ámbito de la salud, en países según sus estratos sociales, etnias o lugares geográficas; viéndose claramente a las de más bajos recursos, marcadamente desfavorecidas en accesos y oportunidades de atención ^{69 70 78 - 80}.

Del mismo modo la OPS, en sus orientaciones para el Programa, mujer y Desarrollo⁵²; establece que, la equidad de género, es distinta al concepto de la igualdad; pues no significa una distribución igual de recursos de salud, sino una distribución diferencial de acuerdo con las necesidades particulares de cada sexo. Aun cuando se ha determinado que las diferencias biológicas de base favorecen la supervivencia de las mujeres desde que nacen, esta diferencia se va igualando en la medida que se profundizan las inequidades de género. En la medida que las mujeres avanzan en sus ciclos vitales al pasar la vejez se encuentran con más años de vida, pero con baja calidad de vida, por la gran cantidad de patologías crónicas.

Las inequidades de género en salud se encuentran en tres Esferas:

1. Estado y determinantes de salud: las mujeres poseen menos oportunidad de gozar de una buena salud debido al menor acceso a la nutrición, la educación, el empleo y los ingresos; sumado a su función reproductiva, las mujeres tienen un conjunto diferenciado de riesgos que los hombres.

2. Necesidades de salud y acceso a los recursos: las mujeres tienen diferentes necesidades de salud que los hombres, no obstante, tienen menos oportunidad de acceder a los recursos materiales que les permiten obtener los servicios necesarios. Otra vez, en gran parte debido a su función reproductiva.

3. Responsabilidades y poder en el trabajo de salud: las mujeres constituyen la mayoría de los trabajadores de salud con y sin remuneración. No obstante, al estar concentrados en niveles inferiores de la fuerza laboral de salud, tienen menor capacidad de influenciar la política de salud y la toma de decisiones ^{52 57 72 74 77}.

En el estudio de carga de enfermedad y carga atribuible, del año 2007 encargado por el Ministerio de Salud ³³, la carga de enfermedad del país correspondió a 3.741.247 años de vida perdidos ajustados por discapacidad. En el estudio del 2007 se encontró un predominio femenino de la carga en una razón de hombres y mujeres de 0,95. En hombres, la carga correspondió a 1.821.502 años y en mujeres de 1.919.745 años.

Al observar la salud de las mujeres, y su relación con la pobreza, se ha observado que ésta incide con mayor fuerza en las mujeres. En Chile, la mayor proporción de población bajo pobreza está compuesta por mujeres ^{78 79 80}. Según el último censo 2012, en Chile tenemos actualmente 16.634.603 personas, de los

cuales 8.532.713 son mujeres (51,29%), ahora bien, en el rango de 35 a 44 años, existen actualmente unos 3.504.758 (21.06% del total de la población). En este grupo etáreo el 51.4% (1.803.327) son mujeres. También los datos muestran en este rango de 35 a 44 años, que la participación económica de las mujeres alcanza un 62.05% versus un 96.34% en los hombres. Lo que ha aumentado considerablemente con respecto al censo del 2002, en donde la participación económica de las mujeres era de un 45.71% La encuesta no entrega datos desagregados por género en aspectos como años de educación formal ni muestra diferencias en el analfabetismo.

En la Encuesta Casen del 2011⁵⁸, se observa que se han duplicado los hogares con mujeres jefas de hogar en los últimos 20 años, pasando de 20% en la CASEN de 1990 a 39% al 2011. La tendencia sigue aumentando considerablemente, registrándose 6 puntos adicionales de alzas; del 33% al 39% entre nov. 2009 y nov.2011. El número de hogares a cargo de una mujer aumentó en 390 mil, llegando a casi 2 millones de hogares.

Chile es uno de los países con mayor desigualdad en América Latina debido a que la feminización de la pobreza se consolida, y a que las mujeres son el grupo más numeroso entre los trabajadores pobres de nuestro país. Hay un alto porcentaje de desempleo femenino, el 42,5% en el primer decil, es decir, aquellos cuyos ingresos están en el 10% inferior del país, y los hogares con jefatura femenina, se encuentran más expuestos a vivir en condiciones de indigencia y pobreza. La tasa de participación femenina es de un 43 %. De los cuales las principales actividades son trabajadores no calificados (26.4%) y Trabajadores de los servicios y vendedores de comercios y mercados (23.8%). También se observa que en la salud mental las mujeres se encuentran altamente afectadas, con una prevalencia de depresión en el rango de 25 a 44 años es de un 11.0 (7.4-15.9) para los varones y de 27.9 (22.8-33.5) para las mujeres.

Según CASEN, una de cada tres mujeres es jefa de hogar. Las mujeres representan el mayor grupo de desempleadas, las que perciben menores remuneraciones comparativas con los hombres, donde la mayoría de ellas trabajan en empleos mal pagados o reciben menos salario por el mismo trabajo y, en consecuencia, tienen menos capacidad de pago de las primas de seguro de salud privado, con gastos fuera del alcance de su bolsillo, teniendo acceso a planes de salud de menor calidad que los hombres. Si a esto le sumamos que el acceso directo a la salud para las mujeres se ve afectada por la discontinuidad causada por el embarazo y la crianza de los hijos, que a menudo obliga a las mujeres a salir de la fuerza de trabajo y, por tanto, pierden su cobertura de seguro de enfermedad. También, existe evidencia que indica que hay una mayor utilización de servicios de salud, por parte de las mujeres, esto se debería entre otras razones, a patrones de socialización diferencial con respecto al reconocimiento de los síntomas, la percepción de la enfermedad y la conducta de búsqueda de atención.

La desigualdad de género, también se manifiesta al evaluar las oportunidades para generar ingresos y acceder a seguridad social. Las mujeres se emplean en trabajos con menor remuneración a la de los hombres, sumado a que la rigidez del mercado laboral, hace que ellas se ocupen en economía informal y sectores de baja productividad. Esto las lleva a una mayor vulnerabilidad, pues carecen de prestaciones sociales⁸¹.

Un estudio realizado en población adulta mayor, muestra como las mujeres reportan mayores niveles de preocupación, dolor y otros síntomas bucales cuando se aplican encuestas subjetivas de salud oral ⁸². Por otro lado, los hombres parecen preocuparse menos por el impacto que pueda generar su estado bucal en la calidad de vida, al llegar al punto que cuando se reporta, su condición puede ser tan avanzada, que se relaciona frecuentemente con alteraciones en la dimensión de dolor, por lo que se hace más significativo.

Batthyány & Corrêa ⁵⁷, en el análisis que realizan de las reformas de salud en Latinoamérica, visualizan la falta de consideración de las desigualdades de género. Menciona que la privatización de la salud en Chile, ha aumentado progresivamente las brechas en la calidad de atención de diferentes estratos sociales. Un caso en Chile y una de las expresiones de la inequidad de género, es en el sistema de aseguramiento de salud o las ISAPRES^{83 84}, las cuales basan el costeo de los planes de aseguramiento según tres factores principales: la edad, el sexo y los ingresos. Estos planes se encarecen en las mujeres en edad fértil, traspasándoles el costo de la reproducción, basándose en la legislación vigente, se permite que el riesgo o vulnerabilidad asociado a ser mujer se le traspase al costo de su plan de Isapre.

A lo anterior se agrega que las mujeres perciben remuneraciones más bajas que sus varones, accediendo por lo tanto a planes con menor cobertura. Tanto es así, que se incentiva a los captadores de afiliados a la Isapre a atraer más varones que mujeres. Más aún la salud dental es uno de los ámbitos en que las personas tienen mayores problemas de acceso, por su alto costo y oportunidad, expresados sobre todo en los grupos de sectores medios profesionales afiliados y no afiliados a ISAPRES.

5. Resumen del Marco Teórico y Justificación.

Las enfermedades bucales afectan a más del 90 % de la población mundial, profundamente la calidad de vida de las personas ⁸⁵, y han sido ampliamente estudiados los factores biológicos que los causan; pero esta evidencia no ha logrado influir en políticas de salud que disminuyan significativamente los indicadores de enfermedades bucodentarias. Por lo cual hay que enfocarse en otras causas: los determinantes sociales; como la pobreza, las desigualdades, acceso a la educación, a fuentes de trabajo, al agua potable y a servicios de salud

entre otros. Organismos como la OMS, PAHO y otros han establecido que las inequidades en los países y entre las personas, representan una prioridad en la próxima década. La CDSS formuló tres recomendaciones integrales: mejorar las condiciones de vida; luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos; y medir y entender el problema y evaluar la repercusión de las medidas. La inequidad de acceso es clave para disminuir la morbilidad y o prevalencia de caries dentales, al lograr que las personas más vulnerables de la sociedad puedan acceder a tratamientos odontológicos oportunos. Dentro de los grupos más expuestos, las mujeres, donde la evidencia ha mostrado que viven más años, pero con condiciones de salud más desfavorables que los hombres. También esta evidencia se observa en los estudios del mundo, donde la caries y su consecuencia, la pérdida de piezas dentarias, afecta en mayor grado a mujeres que hombres. Por esta razón, al enfocarnos en reducir las desigualdades sanitarias en una generación de mujeres adultas, podemos proyectar una mejor calidad de vida cuando ellas sean las próximos adultos mayores en veinte años. El desafío es incorporar un enfoque de promoción y prevención de la salud oral, que tiene mayores costobeneficios en la mejora de la calidad de vida de las personas⁸⁶

87 88 .

Luego de todos los argumentos anteriormente expuestos, en relación a antecedentes epidemiológicos de las patologías bucales, los graves problemas de inequidad en el acceso en la atención, y las evidentes diferencias de salud según el género, se puede argumentar que es de vital importancia realizar estudios que nos entreguen información sobre la real situación de la salud bucal de la población adulta, de manera de tener evidencia sólida que pueda ser aplicada en la toma de políticas de solución a éstos problemas; y no solo en el área de la salud, si no en otras esferas que tienen directa relación con ella.

La OMS, recomienda realizar estudios epidemiológicos en el grupo de 35-44 años que se define como el grupo estándar de vigilancia del estado de salud bucal de los adultos, que permite cuantificar el efecto de la caries dental acumulativa, el grado de daño de enfermedades periodontales y cuál es el real impacto y alcance de la atención odontológica sobre este grupo de personas. Piroška Östlin⁴⁵, menciona la importancia de analizar las bases de datos de la vigilancia epidemiológica en salud, con nociones de pobreza y género, debido a que los estudios que prevalecen son los de países desarrollados que cuentan con recursos para financiar estudios. Lo que provoca un desequilibrio en la información que se produce en las revistas médicas.

Se espera que a través de los resultados de la presente tesis se muestre evidencia sustantiva en relación a las inequidades de acceso de atención e inequidades de género que sirvan para enfocar las políticas de salud bucal a la población más vulnerable de los adultos económicamente activos, de menor nivel socioeconómico, y en especial al sexo femenino; y cuantificar la cantidad y naturaleza de los servicios que las personas reciben, para resolver sus problemas de salud bucal. Lo cual implicaría la reducción de las disparidades de la salud y sus determinantes, otorgando a la población una atención de salud con una distribución justa y de calidad.

III. PREGUNTA DE INVESTIGACION

1) ¿Cuál es la magnitud de las desigualdades de género en la prevalencia de caries y pérdida de dientes en la población adulta de 35-44 años en la Región Metropolitana?

2) ¿Cuál es la magnitud de las desigualdades de género en el acceso a la atención odontológica en la población adulta de 35-44 años en la Región Metropolitana?

IV. OBJETIVOS E HIPOTESIS DE LA TESIS

1. Objetivo General

Determinar las desigualdades de género en la prevalencia de caries y pérdida de dientes y en el acceso a la atención odontológica de la población de 35 a 44 años de la provincia de Santiago de la Región Metropolitana.

2. Objetivos Específicos.

- 1) Medir las desigualdades de género en la prevalencia de caries dental y el promedio de dientes perdidos en la población de 35-44 años de las comunas de la Región Metropolitana, según nivel socioeconómico y nivel educacional.
- 2) Determinar el grado de utilización de los servicios odontológicos de mujeres y hombres de 35-44 años de las comunas de la Región Metropolitana, identificando el porcentaje de personas que recibió atención dental y el tipo de atención recibida durante los últimos 12 meses anteriores al estudio.
- 3) Evaluar la asociación entre utilización de servicios odontológicos y estado de salud bucal en mujeres y hombres de 35-44 años de las comunas de la Región Metropolitana, considerando nivel socioeconómico y nivel educacional.

3. Hipótesis

1.- Existen diferencias significativas entre las mujeres y hombres en la magnitud de enfermedades de salud bucal en adultos de 35-44 años en la Región Metropolitana

2.- Existen diferencias significativas entre mujeres y hombres de 35-44 años en la utilización de servicios odontológicos en la Región Metropolitana.

IV. METODOLOGÍA

1. Tipo de estudio

El estudio corresponde a un análisis secundario de datos de un estudio mayor en el que se inserta y que correspondió a un estudio de prevalencia analítico. El estudio cuya base de datos se utilizó es el Primer Estudio Nacional de Prevalencia de Salud Bucal (Proyecto Fondecyt N ° 1070431), realizado entre los años 2007 y 2008. Cuyo objetivo principal fue cuantificar la prevalencia de las enfermedades bucodentales en adultos (35-44años) y adultos mayores (65-74años) de Chile. La presente tesis realizó una explotación de la información agregando una profundización en una vertiente analítica específica en inequidades de acceso de atención y género.

2. Población y muestra.

En el mencionado proyecto Fondecyt la muestra era nacional (regiones I a XV); para efectos de la presente tesis la población objetivo del estudio es la población adulta urbana de las comunas de la Región Metropolitana y la muestra corresponde a las personas de comunas de esta región que fueron incluidas en el Proyecto Fondecyt en el rango de edad de 35-44 años.

En el estudio Fondecyt original, el muestreo se basa en datos del Instituto Nacional de Estadística (INE). La población corresponde a las oficiales estimaciones del censo nacional de 2002, distribuidos de acuerdo a la edad, sexo y región de residencia. Para determinar el tamaño de la muestra se consideró un nivel de confianza de 95%, un error de estimación de 0,02 y una proporción esperada de 80% de enfermedad periodontal grave, calculando 1561 individuos

para el nivel nacional. El diseño de la muestra fue probabilístico, multietápico y estratificado con criterio proporcional, tanto para el número de personas seleccionadas por región o comuna y para el grupo etario y sexo dentro de cada comuna ⁵⁹ ⁶⁰. Las comunas de la provincia de Santiago, fueron elegidas según proporción de población en situación de pobreza de la Encuesta Casen del 2003 ⁸⁹; según estratos: Estrato I: menos del 5 % de la población en situación de pobreza (La Reina, Las Condes, Lo Barnechea); Estrato II: más del 5 % y menos del 10% de la población en situación de pobreza(Santiago, Quinta Normal, Estación Central, Macul); Estrato III: más del 10 % y menos del 20% de la población en situación de pobreza (Lo Espejo, San Joaquín, Pedro Aguirre Cerda y Pudahuel), y Estrato IV: más del 20 % de la población en situación de pobreza (La Granja, Cerro Navia y La Pintana). Dentro de cada estrato se seleccionó de manera aleatoria las comunas a muestrear y dentro de cada comuna seleccionada se determinó mediante criterio proporcional el total de sujetos a examinar para lograr un total de 494 sujetos. El estudio comprendió una entrevista personal con diversos tipos de preguntas y un examen clínico oral.

3. Variables del estudio y su operacionalización

Las *variables dependientes* a estudiar son;

1. La presencia, severidad y extensión de la caries dental se evaluó en el proyecto, mediante el índice COPD, que permite establecer en cada diente la presencia de caries (C), obturación (O) o la ausencia del diente (P), entregando un valor resumen para cada sujeto.
2. La pérdida de dientes se estableció durante el examen clínico.
3. El acceso de atención: corresponde a la utilización de servicios odontológicos, se determinó a través del cuestionario aplicado durante la entrevista según frecuencia cada 3 meses, cada 6 meses, más de 6 meses y menos de 1 año, más de 1 año y menos de 2 años, Más de 2 años y si está actualmente en tratamiento, especificando el lugar de la consulta, la frecuencia de consulta y el motivo de la consulta.

Las *variables independientes* a estudiar son;

- a. Género: Según sexo masculino o femenino.
- b. Variables sociales : Educación y Ocupación
- c. Variables económicas: Ingresos personales, Ingresos del grupo familiar y gasto en educación.
- d. Área geográfica: comuna de residencia, según estratos.

Tabla 1

VARIABLES DEPENDIENTES E INDEPENDIENTES DEL ESTUDIO

| Variable | Unidad de Medida | Descripción | Fuente de Información | Indicador |
|------------------------------|--------------------------|--|---------------------------|--|
| Índice COPD | Continua | Índice compuesto: C=cariadas O=obturadas P=pérdidas D=dientes | Exámen clínico | 0 a 28 |
| | Dependiente | | | |
| Dentición Funcional | Dicotómica | presencia en boca de más o menos de 20 dientes remanentes | Exámen clínico | < de 20 piezas > 20 piezas o más |
| | Dependiente | | | |
| Pérdida de piezas dentarias | Continua Dependiente | Piezas perdidas en boca por diferentes causas : caries, enfermedad periodontal ,traumatismos , otros | Exámen clínico | de 1 a 28 piezas perdidas |
| Sexo | Dicotómica dependiente | Identificación de acuerdo a la ficha clínica de cada participante | Cuestionario estructurado | Femenino Masculino |
| Ocupación | Ordinal Independiente | Identificación de acuerdo a la ficha clínica de cada participante | Cuestionario estructurado | 11 categorías con diversos tipos de empleos |
| Nivel de ingresos personal | Ordinal Independiente | Ingresos que relata , el encuestado según categorización | Cuestionario estructurado | Categorías del 0 al 10 , desde < 25.000 hasta 339.000 o más |
| Nivel de ingresos personal * | Dicotómica Independiente | Ingresos , divididos según corte de 142.000 | Cuestionario estructurado | < de 142.000 > de 142.000 |
| Nivel de ingresos Familiar | Ordinal Independiente | Ingresos que relata encuestado según categorización | Cuestionario estructurado | Categorías del 0 al 10 , desde < 110.000 hasta 1.095.000 o más |
| Nivel de ingresos Familiar * | Dicotómica Independiente | Ingresos , divididos según corte de 286.000 | Cuestionario estructurado | < de 286.000 > de 286.000 |
| Nivel escolaridad | Ordinal Independiente | Nivel de educación, de encuestado según categorización | Cuestionario estructurado | Categorías del 0 al 8, desde ninguna a educación de postgrado |
| Nivel escolaridad * | Ordinal Independiente | Nivel de educación, de encuestado según categorización | Cuestionario estructurado | < 12 años de estudio > 12 años de estudio |

| | | | | |
|--|--|---|---------------------------|---|
| Tipo de Comuna | Nominal Independiente | Identificación de acuerdo a la ficha clínica de cada participante | Cuestionario estructurado | 14 comunas de la Región Metropolitana |
| Estratos | Ordinal Independiente | Estratificación de comunas, por pobreza según Casen 2003 | Cuestionario estructurado | Estrato I Estrato II Estrato III Estrato IV |
| Gasto en educación | Ordinal Independiente | Gasto de la familia en Educación | Cuestionario estructurado | Categorías desde el 0 al 7, desde 0 gasto a más de 300.000 pesos |
| Tipo de previsión | Ordinal Independiente | Identificación de acuerdo a la ficha clínica de cada participante | Cuestionario estructurado | Categorías desde 0 al 9, de seguros públicos o privados de salud |
| Tipo de previsión* | dicotómica Independiente | Identificación de acuerdo a la ficha clínica de cada participante | Cuestionario estructurado | Fonasa y sin previsión Isapre, FFAA y otros |
| Grado de utilización de los servicios dentales | Dependiente Dicotómica y Ordinal | 7 preguntas cualitativas para detectar el acceso de atención, motivo y lugar de tratamiento | Cuestionario estructurado | Consulta Anterior Frecuencia Última Consulta Atención recibida Lugar Motivo Tratamiento |

4. Recolección y análisis de la información.

La información para esta tesis se obtuvo de la base de datos levantada en base a la información obtenida por medio de un examen clínico de salud bucal que se registró en una ficha clínica y una entrevista personal por examinadores calibrados, que se registró en un cuestionario estructurado, siguiendo las recomendaciones de la OMS, previa firma de un consentimiento informado por cada persona que participó en el estudio (Encuestas de salud bucodentales. OMS, 1997)⁹⁰. A cada individuo examinado, se le entregó el diagnóstico de su salud bucal y una interconsulta para recibir atención en el centro de atención de referencia respectivo.

El análisis estadístico de las variables del estudio, fue realizado con el programa computacional Stata 12.0. Se realizó el análisis descriptivo de las variables a través de medidas centrales de tendencia central y dispersión. Se realizó, además, un análisis bivariado para determinar el nivel de asociación de las variables explicativas a través de la estimación de odds ratio (OR) con sus respectivos intervalos de confianza al 95%. Para establecer niveles de desigualdad entre los distintos estratos, se usó la prueba t de student y análisis de varianza en la comparación de medias y la Prueba Normal en la comparación de proporciones. Cuando las variables eran no paramétricas se usó el test de Mann-Whitney. Cuando las variables explicativas tenían tres o más categorías y eran de distribución normal y varianzas iguales, se usó el test de Anova, y cuando eran no paramétricas se utilizó el test de Kruskal- Wallis, para probar si un grupo de datos proviene de la misma población. En todos los cálculos fueron consideradas diferencias estadísticamente significativas, cuando el p value sea inferior al 5% de significación ⁹¹.

V. RESULTADOS

Dentro de los objetivos de la tesis, fue, medir las diferencias en las prevalencias de enfermedades bucodentales en una muestra de toda la población de Santiago, de la edad de 35 a 44 años, y a partir de estos resultados revisar en primer lugar, las diferencias en desigualdades de género entre diferentes variables clínicas y socioeconómicas, y en segundo lugar, observar el acceso de atención de los sujetos en base a siete preguntas definidas en la encuesta del estudio. Este estudio, se realizó a partir de un análisis secundario de la base datos del Primer Examen Nacional de Salud Bucal en población adulta de 35-44 y 65-74 años, realizado por la Facultad de Odontología y la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile durante los años 2007 y 2008, financiado por FONDECYT.

1.- Caracterización de la muestra:

Para este estudio, se seleccionó el rango de edad de 35- 44 años, es decir, personas nacidas entre los años 1963 y 1974, de la Región Metropolitana. De un total de 521 personas, se revisaron los datos correspondientes a la encuesta y la ficha clínica, eliminando los datos incompletos, con casillas vacías o con edad que no correspondía al rango de estudio; con lo cual se eliminaron 27 participantes (5.5%), quedando la muestra compuesta de 494 personas, con un promedio de 40.1 años La muestra fue distribuida en la Región Metropolitana, teniendo en cuenta 14 comunas por nivel socioeconómico, de acuerdo con un protocolo aleatorio.(Ver Anexo 2) La distribución consideró los criterios de distribución de pobreza según estratos de comunas, basados en la Encuesta Casen del 2003 ⁹¹:

Para el análisis, se consideró el diagnóstico dentario coronario de 28 dientes, considerando desde segundo molar a segundo molar de cada arcada. Para mejorar el análisis de las prevalencias y asociaciones, en algunas preguntas del cuestionario se colapsaron las categorías de respuesta cuando existía una baja frecuencia de respuestas o nula, siempre y cuando no existieran diferencias

significativas entre los grupos a colapsar. En la variable Ocupación, debido a la amplia variabilidad de las respuestas, se crearon nuevas categorías, basadas en la Encuesta Casen del 2003, quedando colapsadas en 11 categorías. En la variable Previsión, para simplificar el análisis, la encuesta original, constaba con categorías para Fonasa A, B, C, D y no tiene, las que fueron colapsadas en una sola variable "Fonasa", y Isapre, FFAA y otros, fueron colapsados en una sola categoría. Se crearon cuatro nuevas variables para hacerlas comparables con otros estudios, "Dentición funcional", correspondiente al número de personas con menos de 20 dientes remanentes en boca o más de 20; "Nivel educacional"; menos y más de 12 años de estudio; "Ingresos personales": menos y más de 144.000 pesos; y en Ingresos Familiares; más y menos de 265.000 pesos. Estas últimas por su similitud al ingreso mínimo establecido en la Ley 20.204 promulgada el 27 de Junio de 2006, un año antes del inicio de esta encuesta, que reajustó el monto del ingreso mínimo mensual a \$144.000.- pesos⁹².

Tabla 2.**Características sociodemográficas de la muestra de adultos de 35-44 años de la Región Metropolitana**

| | Mujeres (Sd) | Hombres (sd) | N | % |
|---|-----------------|-----------------|-----|------|
| Total Muestra | 263 | 231 | 494 | |
| Estratos | | | | |
| Alto | 36(43.9) | 46(56.1) | 82 | 16.6 |
| Medio alto | 47(43.5) | 61(56.5) | 108 | 21.9 |
| Medio bajo | 111(50) | 111(50) | 222 | 44.9 |
| Bajo | 37(45.1) | 45(54.9) | 82 | 16.6 |
| Ocupación | | | | |
| Profesionales | 4(33.3) | 8(66.7) | 12 | 2.4 |
| Empleados de Oficinas y afines | 5(27.8) | 13(72.2) | 18 | 3.6 |
| Técnicos profesionales | 8(32) | 17(68) | 25 | 5.1 |
| Servicios generales | 65(42.2) | 89(57.8) | 154 | 31.2 |
| Operarios y artesanos | 19(33.9) | 37(66.1) | 56 | 11.3 |
| Jornaleros, obreros | - | 22(100) | 22 | 4.5 |
| Dueña de casa, estudiantes | 146(98) | 3(2) | 149 | 30.2 |
| Pensionados | - | 4(100) | 4 | 0.8 |
| Cesantes | 12(29.3) | 29(70.7) | 41 | 8.3 |
| Trabajadores no calificados | 3(30) | 7(70) | 10 | 2 |
| No indica | 1(33.3) | 2(66.7) | 3 | 0.7 |
| Educación * | | | | |
| < 12años de estudio | 185(46.5) | 213(53.5) | 398 | 81 |
| >12años de estudio | 46(47.9) | 50(52.1) | 96 | 19 |
| Educación | | | | |
| Ninguna | 4(66.7) | 2(33.3) | 6 | 1.2 |
| Enseñanza básica incompleta | 20(46.5) | 23(53.5) | 43 | 8.7 |
| Enseñanza básica completa | 25(42.4) | 34(57.6) | 59 | 11.9 |
| Enseñanza media incompleta | 50(44.3) | 63(55.8) | 11 | 22.9 |
| Enseñanza media completa | 86(48.6) | 91(51.4) | 177 | 35.8 |
| Educación técnico profesional | 35(46.7) | 40(53.3) | 75 | 15.2 |
| Educación universitaria incompleta | 4(50) | 4(50) | 8 | 1.6 |
| Educación universitaria completa y postgrado | 7(53.8) | 6(46.2) | 13 | 2.7 |
| Ingresos Personales * | | | | |
| <\$142.000 | 95(34.5) | 180(65.5) | 275 | 55.7 |
| >142.000 | 133(65.5) | 70(34.5) | 203 | 41.1 |
| no sabe | 3(18.7) | 13(81.3) | 16 | 3.2 |
| Ingresos Personales | | | | |

| | | | | |
|------------------------------------|-----------|-----------|-----|------|
| Menos de 25.000 pesos | 22(23.9) | 70(76.1) | 92 | 18.6 |
| Entre 26.000 y 40.000 pesos | 13(54.2) | 11(45.8) | 24 | 4.9 |
| Entre 41.000 y 52.000 pesos | 5(38.5) | 8(61.5) | 13 | 2.6 |
| Entre 53.000 y 68.000 pesos | 10(43.5) | 13(56.5) | 23 | 4.7 |
| Entre 69.000 y 85.000 pesos | 6(33.3) | 12(66.7) | 18 | 3.6 |
| Entre 86.000 y 107.000 pesos | 11(34.4) | 21(65.6) | 32 | 6.5 |
| Entre 108.000 y 141.000 pesos | 28(38.4) | 45(61.6) | 73 | 14.8 |
| Entre 142.000 y 200.000 pesos | 65(57) | 49(43) | 114 | 23.1 |
| Entre 201.000 y 338.000 pesos | 54(76) | 17(24) | 71 | 14.4 |
| 339.000 pesos y más | 14(77.8) | 4(22.2) | 18 | 3.6 |
| no sabe | 38(18.7) | 13(81.3) | 16 | 3.2 |
| Ingresos Familiares * | | | | |
| <\$265.000 | 130(41.5) | 183(58.5) | 313 | 63.4 |
| >\$265.000 | 90(58.8) | 63(41.2) | 153 | 31 |
| no sabe | 11(39.3) | 17(60.7) | 28 | 5.6 |
| Ingresos Familiares | | | | |
| Menos de 110.000 pesos | 33(44.6) | 41(55.4) | 74 | 15 |
| Entre 111.000 y 177.000 pesos | 35(35.3) | 64(64.7) | 99 | 20 |
| Entre 178.000 y 220.000 pesos | 38(47.5) | 42(52.5) | 80 | 16.2 |
| Entre 221.000 y 285.000 pesos | 24(40) | 36(60) | 60 | 12.2 |
| Entre 286.000 y 325.000 pesos | 17(39.5) | 26(60.5) | 43 | 8.7 |
| Entre 326.000 y 395.000 pesos | 25(52.1) | 23(47.9) | 48 | 9.7 |
| Entre 396.000 y 505.000 pesos | 29(78.4) | 8(21.6) | 37 | 7.5 |
| Entre 506.000 y 683.000 pesos | 11(78.6) | 3(21.4) | 14 | 2.8 |
| Entre 684.000 y 1.094.000 pesos | 5(62.5) | 3(37.5) | 8 | 1.6 |
| 1.095.000 pesos y más | 3(100) | - | 3 | 0.6 |
| no sabe | 11(39.3) | (60.7) | 28 | 5.7 |
| Previsión | | | | |
| Fonasa | 235(55.4) | 189(44.6) | 424 | 85.8 |
| FFAA, Isapres, Otras | 19(47.5) | 21(52.5) | 40 | 8.1 |
| No sabe/no tiene | 9(30) | 21(70) | 30 | 6.1 |
| Gasto familiar en educación | | | | |
| sin gasto | 110(53.7) | 95(46.3) | 205 | 41.5 |
| < de \$19.000 | 11(23.9) | 35(76.1) | 46 | 9.3 |
| entre 20 y \$49.000 | 33(44) | 42(56) | 75 | 15.2 |
| entre 50 y \$99.000 | 32(38.5) | 51(61.5) | 83 | 16.8 |
| entre 100 y \$199.000 | 30(54.5) | 25(45.5) | 55 | 11.1 |
| entre 200 y \$299.000 | 10(50) | 10(50) | 20 | 4.1 |
| entre 300 y \$800.000 | 5(50) | 5(50) | 10 | 2 |

2. Resultados de Desigualdades de género en Prevalencia de caries en adultos 35-44 años en RM, según brechas de grupos sociales extremos

En el análisis de la salud bucal, se usa el índice COPD; éste indicador compuesto se usa principalmente en los estudios odontológicos para cuantificar la prevalencia de la Caries Dental, nos muestra la experiencia de caries tanto presente como pasada; dientes con lesiones de caries y con tratamientos previamente realizados. Se obtiene de la sumatoria de los dientes permanentes Cariados (C), Perdidos (P), extracciones, por caries, enfermedades periodontales u otros y Obturados(O)

A continuación se presentan los resultados; según las variables sociales y económicas seleccionadas para la descripción de las brechas sociales; de desigualdad en salud bucal. La diferencia entre grupos extremos, se midió a través de la diferencia en puntos (o unidades), en el promedio entre grupos extremos. Se calcularon la magnitud de las brechas, sólo cuando las diferencias entre los indicadores dentales con las variables fueron significativas.

Tabla 3.

Promedio en el índice COPD y diferencia entre grupos socioeconómicos extremos según variables sociodemográficas en muestra de adultos de 35-44 años en RM

| Variables | PROMEDIO COPD (sd) | p value | COPD Femenino | COPD Masculino | Diferencia de promedios de grupos extremos |
|--|--------------------|---------|---------------|----------------|--|
| Sexo | | | | | |
| Femenino | 14.1(5.3) | | | | |
| Masculino | 11.6(5.3) | 0.00 | | | -2.5(-3.4—1.6) |
| Estratos | | | | | |
| Alto | 14.67(5.5) | 0.001 | 16.5(5.1) | 12.4(5.2) | -2.6(-4—1.2) |
| Medio alto | 12.69(5.5) | | 13.4(5.7) | 11.7(5.3) | |
| Medio bajo | 12(5.2) | | 12.9(4.9) | 11.1(5.5) | |
| Bajo | 14.1(5.1) | | 15.7(5) | 12.1(4.6) | |
| Ocupación | | | | | |
| Profesionales | 10.8(3.5) | 0.0004 | 11(4.5) | 10.6(3.2) | 7.3(0.4-15.1) |
| Empleados de Oficinas y afines | 12.3(5.9) | | 17(1.7) | 10.5(5.9) | |
| Técnicos profesionales | 11.4(5.7) | | 12.5(6.1) | 10.9(5.7) | |
| Servicios generales | 13.2(5.7) | | 14.6(6.19) | 12.2(5.3) | |
| Operarios y artesanos | 13.5(4.6) | | 13.9(3.8) | 13.3(5) | |
| Jornaleros, obreros | 8.9(4.4) | | 0 | 8.9(4.4) | |
| Dueña de casa, estudiantes | 14(5.2) | | 14(5.2) | 13.7(4.9) | |
| Pensionados | 16.3(6.1) | | 0 | 16.3(6.1) | |
| Cesantes | 11.9(5.4) | | 15.8(3.5) | 10.2(5.3) | |
| Trabajadores no calificados | 10.2(3.5) | | 7.7(1.5) | 11.3(3.5) | |
| Educación * | | | | | |
| < 12años de estudio | 13.1(5.5) | n.s. | 14.3(5.4) | 11.8(5.4) | |
| >12años de estudio | 12.2(4.8) | | 13.5(4.7) | 10.8(4.6) | |
| Educación | | | | | |
| Ninguna | 15.3(5.6) | ns | 15(2.8) | 15.5(7) | |
| Enseñanza básica incompleta | 13.6(6) | | 15.5(5.2) | 11.4(6.3) | |
| Enseñanza básica completa | 13.6(5.4) | | 14.2(5.5) | 12.8(5.3) | |
| Enseñanza media incompleta | 12.5(5.8) | | 13.7(6) | 11(5.3) | |
| Enseñanza media completa | 13.2(5.3) | | 14.4(5.1) | 11.9(5.2) | |
| Educación técnico profesional | 12.6(4.9) | | 13.8(4.7) | 11.3(4.9) | |
| Educación universitaria incompleta | 9.9(2.2) | | 9.8(1) | 10(3.2) | |
| Educación universitaria completa y postgrado | 11.2(5.3) | | 14.2(5.9) | 8.7(3.1) | |
| Ingresos * | | | | | |

| | | | | | |
|------------------------------|------------|-------|-----------|-----------|--------------------|
| <\$142.000 | 13.2(5.6) | n.s. | 14(5.6) | 11.8(5.5) | |
| >142.000 | 12.4(5.1) | | 14.3(4.6) | 11.4(5) | |
| Ingresos | | | | | |
| < de 25.000 \$ | 12.73(4.8) | 0.008 | 13.2(4.7) | 11.2(4.9) | 4.7(8-1.4) |
| Entre 26.000 y 40.000 \$ | 12.7(5.1) | | 14.8(5.2) | 10.8(4.5) | |
| Entre 41.000 y 52.000 \$ | 13.1(7.8) | | 16.1(7.3) | 8.2(6.3) | |
| Entre 53.000 y 68.000 \$ | 14.2(5.5) | | 14.5(5.6) | 13.8(5.7) | |
| Entre 69.000 y 85.000 \$ | 14.5(5) | | 14.8(5.3) | 14(4.7) | |
| Entre 86.000 y 107.000 \$ | 13.5(5.8) | | 14.3(5.6) | 12.1(6) | |
| Entre 108.000 y 141.000 \$ | 13.37(6.5) | | 14.1(6.6) | 12.2(6.2) | |
| Entre 142.000 y 200.000 \$ | 13.5(5.2) | | 15(4.6) | 12.4(5.3) | |
| Entre 201.000 y 338.000 \$ | 11.3(4.7) | | 13.4(4.2) | 10.6(4.6) | |
| > de 339.000 \$ | 9.5(4.1) | | 9.8(3.2) | 9.4(4.4) | |
| Ingresos Familiares* | | | | | |
| <\$285.000 | 13.3(5.4) | 0.01 | 14.1(5.3) | 12.2(5.3) | "-1.31(-2.4--0.3)" |
| >\$285.000 | 12(5.4) | | 14.2(5.1) | 10.5(5) | |
| Ingresos Familiares | | | | | |
| < de 110.000 \$ | 13.2(5.5) | 0.03 | 14.5(5.8) | 11.7(4.8) | 8.2(3-10.4) |
| Entre 111.000 y 177.000 \$ | 13.7(5.8) | | 14.4(5.5) | 12.4(6) | |
| Entre 178.000 y 220.000 \$ | 13.2(5.4) | | 13.6(4.7) | 12.8(6) | |
| Entre 221.000 y 285.000 \$ | 12.9(4.6) | | 13.7(5) | 11.6(3.7) | |
| Entre 286.000 y 325.000 \$ | 13(5.4) | | 14.4(5.3) | 10.9(5) | |
| Entre 326.000 y 395.000 \$ | 12.8(5.2) | | 13.5(5) | 12.1(5.4) | |
| Entre 396.000 y 505.000 \$ | 11.4(5.4) | | 16.4(6.2) | 10.1(4.3) | |
| Entre 506.000 y 683.000 \$ | 9.4(5.4) | | 13.7(3.2) | 8.2(5.3) | |
| Entre 684.000 y 1.094.000 \$ | 11.8(3.6) | | 12.3(2.5) | 11.4(4.4) | |
| > de 1.095.000 \$ | 5(2.7) | | | 5(2.6) | |
| Previsión | | | | | |
| Fonasa | 13(5.5) | n.s. | 14.1(5.4) | 11.6(5.3) | |
| FFAA , Isapre y otros | 13(4.9) | | 14.5(4) | 11.7(5.3) | |
| No sabe/no tiene | 11.9(5) | | 13.3(5.4) | 11.3(4.9) | |
| Gasto en educación | | | | | |
| sin gasto | 12.5(5.6) | 0.005 | 13.5(5.8) | 11.6(5.3) | 4.6(5.7-4.7) |
| < de \$19.000 | 16(5.7) | | 17.1(5.1) | 12.5(6.2) | |
| entre 20 y \$49.000 | 12.7(5.1) | | 14.1(4.1) | 10.9(5.7) | |
| entre 50 y \$99.000 | 13.3(5.3) | | 13.8(5.6) | 12.6(4.8) | |
| entre 100 y \$199.000 | 12.3(5.1) | | 13.3(4.7) | 11.4(5.3) | |
| entre 200 y \$299.000 | 12.7(4) | | 14.1(3.2) | 11.2(4.3) | |
| entre 300 y \$800.000 | 11.4(4.8) | | 14(2.7) | 8.8(5.1) | |

En pruebas estadísticas , se considera significativo $p < 0,05$.

^{n.s} Diferencia entre grupos extremos no es significativa

Al analizar las brechas en el promedio de COPD en el grupo de 35-44 años en la Tabla 3; encontramos diferencias significativas en las variables: “género”; “Estratos”; “Ocupación”; “Ingresos personales”; “*ingresos familiares*”, y “*Gasto en educación*”; pero no fue significativo para “Educación” ni para “Previsión”.

Las mayores diferencias de brecha en el promedio de COPD se da en las variables; “*ingresos familiares*”: con 8.2 ($p=0.03$) entre los que perciben a nivel familiar más de 1.095.000 pesos versus los que reciben menos de 177.000 pesos. Al hacer el mismo análisis de brechas, desde la perspectiva de género, la mayor brecha se observa entre los hombres (7.8) versus las mujeres (4.1). En la variable *Ocupación* también se observa una alta brecha entre las categorías “Pensionados” y “Jornaleros y obreros”: 7.24($p=0.001$). Al realizar el análisis post hoc estadístico, de las diferencias entre las categorías, se observó que existe una diferencia significativa ($p=0.04$) en los promedios de “Profesionales” (COPD=10.8(3.5), en comparación con “Dueñas de casa”(COPD=14(5.2)). También es interesante observar como los “Jornaleros, obreros”(COPD=8.9(4.4)) , tienen diferencias significativas($p=0.00$) con “Dueñas de casa” (COPD=14(5.2)). Al revisar las diferencias por género, se observan que las diferencias son mayores en las mujeres (9.3) versus hombres (7.4), pero entre categorías distintas; “Empleados de oficinas” versus “Trabajadores no calificados”

En la variable: “*Ingresos Personales*”: 4.7($p=0.008$), se observa al hacer un análisis post hoc de las categorías que hay una diferencia significativa ($p=0.003$)entre la categoría superior de la variable : “*ingresos >a 339.000 pesos*”(COPD=9.5(4.1)), en contraste con todas las categorías que quedan bajo “*ingresos >de 142.000 y < de 200.000 pesos*”(COPD=13.5(5.2)). En total, 5 de las diferencias de medias de las 9 categorías son significativamente diferente de cero a un nivel de significación del 5%. Al revisar las brechas del COPD según género, nuevamente son mayores en las mujeres(6.3) versus (5.8) en los hombres.

En la variable "gasto en educación"(p=0.005), se observa, además, en el análisis intercategorías post hoc, que es significativo el punto de corte que da la categoría: "<de 19.000 pesos"(COPD=16(5.7)) versus la categoría: "entre 300 y 800.000 pesos"(COPD=11.4(4.8)) de gasto. Otro punto a observar, que se refiere a cómo influye el costo de la vida, en las decisiones de tratar o no patologías de salud oral. No hay diferencias de brechas por género.

En la variable "Estratos": 2.6(p=0.001), las diferencias de promedio de COPD, son mayores en las mujeres (3.6), entre el "estrato alto"(La Reina, Las Condes, Lo Barnechea) y el "estrato medio bajo"(Lo Espejo, San Joaquín y Pedro Aguirre Cerda) versus 1.3 en los hombres.

3. Resultados Desigualdades de género, según diferencias entre grupos sociales extremos en piezas perdidas.

Tabla 4.

Promedio en el índice de Piezas Perdidas (P) y diferencia entre grupos sociales extremos según variables sociales y económicas en muestra de adultos de 35-44 años en RM.

| | PROMEDIO PERDIDAS (sd) | p value | PERDIDAS Femenino | PERDIDAS Masculino | Diferencia promedios de grupos extremos * | |
|-----------------------------------|------------------------------|------------|----------------------|-----------------------|---|---------------|
| Sexo | | | | | | |
| Femenino | 5.6(4.7) | n.s. | | | | |
| Masculino | 5.11(3.9) | | | | | |
| Estratos | | | | | | |
| Alto | 6.4(4.9) | n.s. | 7.7(5.4) | 4.7(3.9) | | |
| Medio alto | 5.1((4.4) | | 5.5(4.9) | 4.5(3.6) | | |
| Medio bajo | 4.9(3.8) | | 4.7(3.7) | 5.3(3.9) | | |
| Bajo | 5.6(5.1) | | 5.6(5.4) | 5.6(4.6) | | |
| Ocupación | | | | | | |
| Pensionados y jubilados | 7.8(4.5) | n.s | | 7.8(4.5) | | |
| Dueña de casa | 5.4(5) | | 5.3(4.6) | 5.3(2.5) | | |
| Operarios y artesanos | 5.8(4.5) | | 5.7(3.4) | 5.9(5) | | |
| Servicios generales y comercio | 5.8(4.8) | | 6.7(5.3) | 5.1(4.2) | | |
| Empleados de oficinas y afines | 5.2(3.7) | | 5.8(4) | 4.9(3.7) | | |
| No indica | 6(5) | | 7 | 5.5(6.4) | | |
| Cesantes | 5(3.2) | | 4.8(3.3) | 4.5(3.3) | | |
| Técnicos profesionales | 4.2(3.4) | | 2.8(2.8) | 4.8(3.6) | | |
| Profesionales | 3.7(3.6) | | 1.5(3) | 4.8(3.5) | | |
| Trabajadores no calificados | 5(4.8) | | 5.3(8.4) | 4.9(3.2) | | |
| Jornaleros y obreros | 4.7(2.6) | | | 4.7(2.6) | | |
| Educación * | | | | | | |
| < 12años de estudio | 5.8(4.4) | | 0.000 | 6.1(4.8) | 5.5(4) | 1.9(1.3-0.47) |
| >12años de estudio | 3.5(3.6) | | | 3.4(3.7) | 3.6(3.4) | |
| Educación | | | | | | |
| Ninguna | 7.8(2.9) | 0.0001 | 10.5(2.2) | 6.5(2.4) | 6(10.6-1.5) | |
| Enseñanza básica incompleta | 7.2(5) | | 7.1(4.9) | 7.3(5.2) | | |
| Enseñanza básica completa | 6.9(5.1) | | 7.4(5.6) | 6.1(4.3) | | |
| Enseñanza media | 5.7(4.2) | | 6(4.8) | 5.4(3.2) | | |

| | | | | | |
|--|-----------|-------|----------|----------|---------------|
| incompleta | | | | | |
| Enseñanza media completa | 5.1(4.1) | | 5.3(4.3) | 4.9(4) | |
| Educación técnico profesional | 3.8(3.79) | | 3.8(3.9) | 3.9(3.8) | |
| Educación universitaria incompleta | 1.8(2.1) | | 0.8(1) | 2.8(2.5) | |
| Educación universitaria completa y postgrado | 3.1(2.5) | | 3.2(3.1) | 3(2) | |
| <hr/> | | | | | |
| Ingresos * | | | | | |
| <\$142.000 | 5.7(.03) | n.s. | 5.8(0.4) | 5.4(0.4) | |
| >142.000 | 4.9(0.3) | | 4.9(0.5) | 4.9(0.3) | |
| <hr/> | | | | | |
| Ingresos | | | | | |
| < de 25.000 \$ | 4.6(3.6) | 0.04 | 4.2(3.7) | 5.9(2.9) | 4.5(7.6-1.4) |
| Entre 26.000 y 40.000 \$ | 4.3(2.7) | | 5.3(2.7) | 3.5(2.5) | |
| Entre 41.000 y 52.000 \$ | 7.8(5.8) | | 9.9(6.2) | 4.4(3.2) | |
| Entre 53.000 y 68.000 \$ | 6.8(4.9) | | 7.2(5.6) | 6.3(4) | |
| Entre 69.000 y 85.000 \$ | 6.4(4.3) | | 7.1(4.7) | 5(3.2) | |
| Entre 86.000 y 107.000 \$ | 6.3(6.1) | | 6.4(6.4) | 6.2(5.7) | |
| Entre 108.000 y 141.000 \$ | 6.2(5.3) | | 6.6(5.6) | 5.5(4.7) | |
| Entre 142.000 y 200.000 \$ | 5.3(4.3) | | 5.2(4.1) | 5.3(4.4) | |
| Entre 201.000 y 338.000 \$ | 4.7(3.5) | | 4.5(3.9) | 4.7(3.5) | |
| > de 339.000 \$ | 3.3(3.2) | | 2(1.8) | 3.6(3.5) | |
| <hr/> | | | | | |
| Ingresos Familiares * | | | | | |
| <\$285.000 | 5.8(4.7) | 0.005 | 5.9(4.9) | 5.6(4.3) | 1.34(2.2-0.5) |
| >\$285.000 | 4.4(3.7) | | 4.7(4.2) | 4.3(3.3) | |
| | | | 1.2(n.s) | 1.3 | |
| <hr/> | | | | | |
| Ingresos Familiares | | | | | |
| < de 110.000 \$ | 5.9(4.9) | n.s. | 6.7(5.9) | 5.1(3.3) | |
| Entre 111.000 y 177.000 \$ | 6.2(5.1) | | 6.3(5.4) | 5.9(4.6) | |
| Entre 178.000 y 220.000 \$ | 5.7(4.7) | | 5(3.8) | 6.6(5.5) | |
| Entre 221.000 y 285.000 \$ | 4.8(3.4) | | 5.2(4) | 4.1(2.1) | |
| Entre 286.000 y 325.000 \$ | 4.6(4.1) | | 4.7(4.6) | 4.4(3.2) | |
| Entre 326.000 y 395.000 \$ | 4.8(3.4) | | 4.8(4) | 4.7(2.6) | |
| Entre 396.000 y 505.000 \$ | 4.4(3.5) | | 5(3.5) | 4.3(3.6) | |
| Entre 506.000 y 683.000 \$ | 3.4(3.6) | | 3(5.2) | 3.6(3.3) | |
| Entre 684.000 y 1.094.000 \$ | 4(4.7) | | 3.7(3.5) | 4.2(5.7) | |
| > de 1.095.000 \$ | 2.3(2.1) | | | 2.3(2.1) | |
| <hr/> | | | | | |
| Previsión | | | | | |
| Fonasa | 5.4(4.5) | n.s. | 5.6(0.3) | 5.2(0.3) | |
| FFAA , Isapre y otros | 5.3(4) | | 5.1(0.9) | 5.5(0.9) | |
| No sabe/no tiene | 4(3.2) | | 4.3(4.7) | 3.9(3.3) | |
| <hr/> | | | | | |
| Gasto en educación | | | | | |
| sin gasto | 5.3(4.1) | n.s. | 5.9(4.6) | 4.9(3.6) | |
| < de \$19.000 | 7.3(6.2) | | 7.4(6.2) | 7.2(6.5) | |

| | | | |
|-----------------------|----------|----------|----------|
| entre 20 y \$49.000 | 5(3.9) | 5(3.8) | 5(4.2) |
| entre 50 y \$99.000 | 5.5(4.6) | 5.5(4.8) | 5.6(4.1) |
| entre 100 y \$199.000 | 4.6(4) | 3.8(3.8) | 5.2(4.1) |
| entre 200 y \$299.000 | 4.6(2.6) | 4.7(2.9) | 4.4(2.4) |
| entre 300 y \$800.000 | 3.5(3.2) | 2.2(1.6) | 4.8(4) |

En pruebas estadísticas , se considera significativo $p < 0,05$.

^{n.s} Diferencia entre grupos extremos no es significativa

s.d Desviación standar

Al analizar las brechas en el promedio de piezas Perdidas, en el grupo de 35-44 años en la Tabla 4; encontramos diferencias significativas en las variables: “Educación*”, “Educación”, “Ingresos personales”; “*ingresos familiares**”; pero no fue significativo para “género”, “Estratos”, “Ocupación”, “Ingresos*”, “Ingresos Familiares”, “Previsión”, ni “Gasto en educación”.

Las mayores diferencias de brecha en el promedio de piezas Perdidas, se da en las variables: “Educación”: $P=6$ ($p=0.0001$) entre los que no tienen ninguna educación ($P=7.8$), en contraste con los que tienen Educación Universitaria Completa ($P=1.8$). Al hacer el mismo análisis de brechas, desde la perspectiva de género, la brecha es aún mayor entre las mujeres ($p=0.00$) sin educación con 10.5 piezas perdidas, frente a las que tienen Educación Universitaria incompleta con 0.8 piezas perdidas; frente a una brecha de 4.3 en los hombres, en las mismas categorías. En la variable “Ingresos” también se observa una alta brecha: $P=4.5$ ($p=0.04$) entre las categorías con ingresos entre 41 y 52.000 pesos ($P=7.8$) y la categoría con ingresos que superan los 339.000 pesos ($P=3.3$). Al revisar las diferencias por género, se observa que las diferencias son mayores en las mujeres con casi 10 piezas perdidas, en aquellas que perciben ingresos menores a 52.000 pesos en contraste con las que reciben ingresos superiores a los 339.000 pesos. En los hombres, en cambio, la brecha y los cálculos post hoc no son estadísticamente significativos.

En las variables bicatóricas “*Ingresos familiares**”: $P=1.3$ ($p=0.005$) y “Educación”: $P=1.9$ ($p=0.00$), se observan diferencias significativas en los promedios de las piezas perdidas. No se observan diferencias significativas por género.

4. Resultados Variable Grado de utilización de los servicios Odontológicos

A continuación se presentan la descripción de los resultados de las preguntas, referidas a acceso de atención, desde las esferas de accesibilidad, oportunidad de atención, y lugar de tratamiento. Luego se realiza una relación del grado de asociación con las variables de daño oral: COPD y pérdidas de piezas remanentes

Tabla 5

Descripción de categorías de acceso de atención por porcentaje, según género, en adultos de 35-44 años de la Región Metropolitana

| Categorías | Mujeres | % | Hombres | % | N | % |
|-----------------------------|----------------|----------|----------------|----------|----------|----------|
| a) Consulta Anterior | | | | | | |
| No | 2 | 0.8 | 6 | 2.8 | 8 | 1.62 |
| Si | 261 | 99.2 | 225 | 97.4 | 486 | 98.38 |
| b) Frecuencia | | | | | | |
| c/3meses | 12 | 4.6 | 9 | 3.9 | 21 | 4.25 |
| c/6meses | 16 | 6.1 | 9 | 3.9 | 25 | 5.06 |
| 1/año | 32 | 12.2 | 21 | 9.1 | 53 | 10.73 |
| sólourgencia | 203 | 77.1 | 192 | 83.1 | 395 | 79.96 |
| c) Última Consulta | | | | | | |
| <3meses | 40 | 15.2 | 31 | 13.4 | 71 | 14.37 |
| >3<6meses | 27 | 10.3 | 13 | 5.6 | 40 | 8.10 |
| >6<1año | 37 | 14.1 | 31 | 13.4 | 68 | 13.77 |
| >1<2años | 42 | 16 | 34 | 14.7 | 76 | 15.38 |
| >2años | 83 | 16 | 79 | 34.2 | 162 | 32.79 |
| entratamiento | 3 | 11 | 2 | 0.9 | 5 | 1.01 |
| Norecuerda | 31 | 11.8 | 41 | 17.8 | 72 | 14.57 |
| d) Atención recibida | | | | | | |
| No,nopidió | 9 | 3.4 | 16 | 6.9 | 25 | 5.06 |
| pidió y no recibió | 25 | 9.5 | 19 | 8.2 | 44 | 8.91 |
| pidió y si recibió | 227 | 86.3 | 191 | 82.7 | 418 | 84.62 |
| No sabe | 2 | 0.8 | 5 | 2.2 | 7 | 1.42 |
| e) Lugar | | | | | | |
| C.desalud | 154 | 58.6 | 106 | 45.9 | 260 | 52.63 |
| Hospital | 15 | 5.7 | 14 | 6.1 | 29 | 5.87 |
| Urgencia | 14 | 5.3 | 12 | 5.2 | 26 | 5.26 |

| | | | | | | |
|-----------------|----|-----|----|------|-----|-------|
| Clínica Isapre | 4 | 1.5 | 7 | 3 | 11 | 2.23 |
| Clin.particular | 66 | 1 | 64 | 27.7 | 130 | 26.32 |
| EscuelaDental | 0 | 0 | 2 | 0.9 | 2 | 0.40 |
| FFAA | 0 | 0 | 2 | 0.9 | 2 | 0.40 |
| otro | 6 | 2.3 | 12 | 5.2 | 18 | 3.64 |
| nosabe | 4 | 1.5 | 12 | 5.2 | 16 | 3.24 |

f) Motivo

| | | | | | | |
|-------------|-----|------|-----|------|-----|-------|
| Control | 45 | 17.1 | 29 | 12.6 | 74 | 14.98 |
| Dolor | 122 | 46.4 | 104 | 45 | 226 | 45.75 |
| Aumentovol | 1 | 0.4 | 5 | 2.2 | 6 | 1.21 |
| Caries | 50 | 19 | 53 | 22.9 | 103 | 20.85 |
| Sang.encías | 4 | 1.5 | 0 | 0 | 4 | 0.81 |
| otro | 41 | 15.6 | 40 | 17.3 | 81 | 16.40 |

g) Tratamiento

| | | | | | | |
|-------------|----|------|-----|------|-----|-------|
| Rest/rehab. | 94 | 35.7 | 59 | 25.5 | 153 | 30.97 |
| Tto.prev | 14 | 5.3 | 19 | 8.2 | 33 | 6.68 |
| Tto.period | 15 | 5.7 | 8 | 3.5 | 23 | 4.66 |
| Extracción | 83 | 31.6 | 103 | 44.6 | 186 | 37.65 |
| Otro | 44 | 16.7 | 27 | 11.7 | 71 | 14.37 |
| Nosabe | 13 | 4.9 | 15 | 6.5 | 28 | 5.67 |

| | | | | | | |
|--------------|-----|--|-----|--|-----|-----|
| Total | 263 | | 231 | | 494 | 100 |
|--------------|-----|--|-----|--|-----|-----|

En la pregunta *¿Ha consultado al dentista alguna vez?* *(p=0.1), se toma el tema de accesibilidad, es decir el grado de utilización de los servicios odontológicos y se observa que el porcentaje de hombres que nunca han acudido al odontólogo es leve superior(2.8%), que las mujeres(0.8%), pero no es estadísticamente significativo. Es relevante mencionar que más de un 90% de los adultos de 35-44 años han acudido alguna vez a un control dental.

En la pregunta *¿Con qué frecuencia consulta al dentista?* (p=0.405), nos habla de la periodicidad con que los adultos acuden a consultar al Dentista. Es relevante observar, que casi el 80% de los adultos, sólo consultan por urgencias. De la misma manera el 12.2% de las mujeres se controlan por lo menos una vez al año, en contrasta al 9.1% de los hombres.

En la pregunta; *¿Cuándo fue la última vez que necesitó la atención de un dentista?*($p=0.316$), Se observa que las mujeres y los hombres tienen un comportamiento parecido con su salud bucal; cerca del 50% de la muestra van desde los tres meses a un año a control. Pero los hombres (34.2%) dejan pasar más de dos años para consultar, que las mujeres (16%), pero no es un indicador estadísticamente significativo.

En la pregunta: *¿Obtuvo usted atención de un dentista la última vez que la necesitó?* ($p=0.164$) se observa que el 6.9% de los hombres, por sobre un 3.4% de las mujeres, no solicitaron la atención de un odontólogo, a pesar de necesitarla. Es relevante, también en la respuesta que habla de la cobertura de atención, que un 8.9 % del total de los adultos, no recibieron atención a pesar de solicitarla, Es decir no tuvieron acceso a resolver su problemática. Este análisis no es estadísticamente significativo, pero es interesante observar, que al realizar el análisis post hoc intracategorías, existe una diferencia significativa ($p=0.025$) entre los adultos que no recibieron atención (8.9%) a los que si recibieron atención, después de solicitarla (84.6%)

En la pregunta: *¿Dónde obtuvo la atención que solicitó?*($p=0.02$), las diferencias entre los lugares donde hombres y mujeres adultos , resuelven sus problemas de salud oral, resultaron significativos, según el test de chi cuadrado. Principalmente las mujeres se atienden en Consultorios o centros de salud (52.6%) y los hombres también prefieren las Clínicas particulares (27.7%).

En la pregunta: *¿Cuál fue el motivo de la última consulta?* ($p=0.087$) se observa que el comportamiento de los adultos, es principalmente acudir a la consulta odontológica para resolver temas puntuales: dolor (45.8%), flegmón facial (1.2%); el 20.9% acude para ser atendido por caries dentales, y sólo un 15% acude para hacerse un control. Cuando analizamos las respuestas desde la perspectiva de género se observa, que son las mujeres las que acuden mayoritariamente a controlarse.

En la pregunta: *¿Qué tratamiento o atención recibió?* ($p=0.009$), los resultados muestran diferencias significativas en los tratamientos recibidos por hombres, en primer lugar extracciones (44.5%) y a continuación Tratamientos restauradores(25.5%). Las mujeres en cambio se realizan en primer lugar Tratamientos restauradores (35.7%) y después Extracciones de piezas dentarias(31.6%)

5. Relación entre Grado de utilización de los servicios Odontológicas (preguntas de acceso) y COPD, según género

Tabla 6

Asociación entre grado de utilización de servicios odontológicos y COPD, según género en población de 35-44 años en Región Metropolitana

| | Total | | | Mujeres | | | Hombres | | |
|--------------------------|-----------|-----|---------|-----------|-----|---------|-----------|-----|---------|
| | Mean(sd) | N | p value | Mean(sd) | N | p value | Mean(sd) | N | p value |
| Consulta anterior | | | | | | | | | |
| No | 8.4(4.2) | 8 | 0.013 | 9.5(4.9) | 2 | n.s. | 8(4.4) | 6 | n.s. |
| Si | 13(5.4) | 486 | | 14.2(5.3) | 261 | | 11.6(5.2) | 225 | |
| Frecuencia | | | | | | | | | |
| c/3meses | 13.4(5.2) | 21 | n.s. | 15.2(4) | 12 | n.s. | 11.1(6) | 9 | n.s. |
| c/6meses | 14.2(5.7) | 25 | | 13.2(5.3) | 16 | | 16.1(6.4) | 9 | |
| 1/año | 14.1(4.8) | 53 | | 15.6(4.8) | 32 | | 11.9(4) | 21 | |
| sólourgencia | 12.7(5.5) | 395 | | 13.9(5.4) | 203 | | 11.4(5.2) | 192 | |
| Última Consulta | | | | | | | | | |
| <3meses | 13.7(5.7) | 71 | 0.012 | 15.1(5.2) | 40 | 0.016 | 11.9(5.8) | 31 | n.s. |
| >3<6meses | 13.9(5) | 40 | | 15.3(4.2) | 27 | | 11.2(5.4) | 13 | |
| >6<1año | 14.2(4.8) | 68 | | 14.9(5.4) | 37 | | 13.3(3.8) | 31 | |
| >1<2años | 12.8(5.1) | 76 | | 14.4(5.1) | 42 | | 10.8(4.5) | 34 | |
| >2años | 11.8(5.5) | 162 | | 12.5(5.3) | 83 | | 11(5.6) | 79 | |
| entratamiento | 15(6.2) | 5 | | 19(1) | 3 | | 9(5.7) | 2 | |
| Acceso atención | | | | | | | | | |
| no,nopidió | 13.6(5.1) | 25 | n.s. | 15.3(5.5) | 9 | n.s. | 12.6(4.6) | 16 | n.s. |
| pidióynorecibi | 13(6) | 44 | | 14.5(5.4) | 25 | | 11(6.3) | 19 | |
| ó | 13(5.4) | 418 | | 14.1(5.3) | 227 | | 11.7(5.2) | 191 | |
| Lugar | | | | | | | | | |
| Centro de salud | 13.8(5.3) | 260 | 0.013 | 14.6(5.3) | 154 | n.s. | 12.7(5.1) | 106 | 0.028 |
| Hospital | 10.5(4.8) | 29 | | 12.4(5.2) | 15 | | 8.4(3.4) | 14 | |
| Urgencia | 11.7(5.6) | 26 | | 12.7(5.5) | 14 | | 10.4(5.7) | 12 | |
| clínisapre | 13.1(4.9) | 11 | | 13.3(3.4) | 4 | | 13(5.8) | 7 | |
| clín.particular | 12.6(5.4) | 130 | | 14.3(4.9) | 66 | | 10.7(5.2) | 64 | |
| EscuelaDenta | 8.5(4.9) | 2 | | | 0 | | 8.5(4.9) | 2 | |
| FFAA | 9.5(0.7) | 2 | | | 0 | | 9.5(0.7) | 2 | |

| | | | | | | | | | |
|--------------------|------------------|-----------|------|-----------|-----|------|------------------|-----------|------|
| otro | 11.1(5.8) | 18 | | 7.5(5.1) | 6 | | 12.8(5.4) | 12 | |
| Motivo | | | | | | | | | |
| Control | 12.8(5.4) | 74 | n.s. | 14(5.4) | 45 | n.s. | 11(4.8) | 29 | n.s. |
| Dolor | 12.8(5.1) | 226 | | 13.7(4.9) | 122 | | 11.8(5.2) | 104 | |
| Aumentovol | 9.5(3.9) | 6 | | 9 | 1 | | 9.6(4.3) | 5 | |
| Caries | 14(5.3) | 103 | | 15.5(5.4) | 50 | | 12.6(4.8) | 53 | |
| Sang.encías | 11.3(7.8) | 4 | | 11.3(7.8) | 4 | | | 0 | |
| otro | 12.3(6.3) | 81 | | 14.2(5.8) | 41 | | 10.4(6.2) | 40 | |
| Tratamiento | | | | | | | | | |
| Rest/rehab. | 13.3(5.4) | 153 | n.s. | 14(5.6) | 94 | n.s. | 12.1(5) | 59 | n.s. |
| Tto.prev | 13.2(5.1) | 33 | | 15.4(4.8) | 14 | | 11.6(4.8) | 19 | |
| Tto.period | 12.8(5) | 23 | | 13.1(5.9) | 15 | | 12.4(2.8) | 8 | |
| Extracción | 12.3(5.4) | 186 | | 13.7(5.2) | 83 | | 11.1(5.4) | 103 | |
| Otro | 14(5.6) | 71 | | 15.2(4.8) | 44 | | 12.2(6.3) | 27 | |
| Total | | 494 | | | 263 | | | 231 | |

En pruebas estadísticas , se considera significativo $p < 0,05$.

n.s Diferencia entre grupos extremos no es significativa

s.d Desviación standar

Al analizar el promedio de COPD en el grupo de 35-44 años, en la Tabla 6, encontramos diferencias significativas en la pregunta “*Consulta anterior*”(p=0.013); “*Última consulta*” (p=0.012)y “*Lugar*”(p=0.013) y no se encontraron diferencias en los COPD en las variables: “*Frecuencia*”; “*Acceso atención*”; y “*Motivo*” y “*Tratamiento*” de la última atención dental. La diferencia de promedios de COPD, en la variable “*Consulta anterior*” , es de 4.6 (IC95%:0.8-8.4), y al analizar se observa una relación inversa a lo que podríamos esperar, donde aquellos adultos que declaran que nunca han ido al Odontólogo, tienen menor COPD, que los que declaran ir(8.4 versus 13),

Al realizar comparaciones post hoc entre las categorías de la variable “*Última consulta*”, se observa que la diferencia : 2.3(IC95%:0.3-3.4) es significativa(p=0.002) entre las personas que fueron por última vez al Dentista hace menos de 6 meses , versus los que fueron hace más de 2 años . En la variable “*Lugar*”, al analizar las categorías se observa que los adultos que acudieron a un Centro de Salud, tienen ligeramente mayor COPD, que los que acuden a una clínica particular , esta diferencia:1.25(IC95%:0.13-.2.4); es significativa(p=0.029). Y esta brecha también es significativa(p=0.001) entre los que acuden a los Centro de Salud , en contraste con los que acuden a Hospitales: 3.3(IC95%:1.3-5.4)

Al hacer el análisis, en la submuestra de las mujeres de 35-44 años, sólo se encontró una brecha significativa en la variable "Última consulta", donde hay diferencias significativas($p=0.01$) , entre las categorías: < de 3 meses a la categoría comparada con > 2 años en último control con el odontólogo, con una diferencia de 2.6(IC95%:0.6-4.5). En la submuestra de los hombres de 35-44 años, sólo se encontraron diferencias significativas en la variable "Lugar"($p=0.028$), al analizar las categorías se observa que los adultos que acudieron a un Centro de Salud, tienen ligeramente mayor COPD que los que acuden a una clínica particular , esta diferencia:1.9(IC95%:0.3-3.5); es significativa($p=0.018$). Y esta brecha también es significativa($p=0.001$) entre los que acuden a los Centro de Salud , en contraste con los que acuden a Hospitales: 4.2(IC95%:1.3-7.1)

6. Relación entre Grado de utilización de los servicios Odontológicas (preguntas de acceso) y Perdida de piezas dentarias, según género.

Tabla 7

Asociación entre grado de utilización de servicios odontológicos y promedio de piezas perdidas(P), según género en población de 35-44 años en Región Metropolitana

| | Total | | | Mujeres | | | Hombres | | |
|--------------------------|----------|-----|---------|-----------------|------------|--------------|----------|-----|---------|
| | Mean(sd) | N | p value | Mean(sd) | N | p value | Mean(sd) | N | p value |
| Consulta anterior | | | | | | | | | |
| No | 3.3(2.7) | 8 | n.s. | 2.5(2.1) | 2 | n.s. | 3.5(3) | 6 | n.s. |
| Si | 5.4(4.4) | 486 | | 5.6(4.7) | 261 | | 5.2(4) | 225 | |
| Frecuencia | | | | | | | | | |
| c/3meses | 5.7(2.9) | 21 | n.s. | 5.9(3.2) | 12 | 0.002 | 5.4(2.7) | 9 | n.s. |
| c/6meses | 4(3.2) | 25 | | 3(2.9) | 16 | | 5.8(3.1) | 9 | |
| 1/año | 4.9(4.9) | 53 | | 5(5.8) | 32 | | 4.7(3.4) | 21 | |
| sólourgencia | 5.5(4.4) | 395 | | 5.8(4.7) | 203 | | 5.1(4.1) | 192 | |
| Última Consulta | | | | | | | | | |
| <3meses | 5.9(4.6) | 71 | n.s. | 5.7(4.9) | 40 | 0.016 | 6.1(4.4) | 31 | n.s. |
| >3<6meses | 5.3(4.6) | 40 | | 6(5.1) | 27 | | 4(3.3) | 13 | |
| >6<1año | 6.2(4.9) | 68 | | 6.9(5.8) | 37 | | 5.4(3.5) | 31 | |
| >1<2años | 5(4.1) | 76 | | 5.3(4.7) | 42 | | 5(3.2) | 34 | |
| >2años | 5.1(4.1) | 162 | | 5(3.9) | 83 | | 5.1(4.3) | 79 | |
| entratamiento | 5.2(1.8) | 5 | | 6(1.7) | 3 | | 4(1.4) | 2 | |
| Atención recibida | | | | | | | | | |
| no,nopidió | 5.3(3.6) | 25 | n.s. | 5.6(4.8) | 9 | n.s. | 5.1(2.9) | 16 | n.s. |
| pidióynorecibió | 5.3(4.8) | 44 | | 4.8(3.9) | 25 | | 6(5.8) | 19 | |
| pidióysirecibió | 5.4(4.4) | 418 | | 5.7(4.8) | 227 | | 5.1(3.8) | 191 | |
| Lugar | | | | | | | | | |
| Centro de salud | 6(4.8) | 260 | n.s. | 6.4(5.2) | 154 | 0.016 | 5.6(4) | 106 | n.s. |
| Hospital | 4.2(3) | 29 | | 4.9(3.4) | 15 | | 3.4(2.4) | 14 | |
| Urgencia | 5.4(3.3) | 26 | | 5.2(2.5) | 14 | | 5.5(4.2) | 12 | |
| clínisapre | 4.9(4.2) | 11 | | 2.3(2.6) | 4 | | 6.4(4.4) | 7 | |
| clín.particular | 4.7(4) | 130 | | 4.7(4) | 66 | | 4.6(4.1) | 64 | |
| EscuelaDental | 3(2.8) | 2 | | | 0 | | 3(2.8) | 2 | |
| FFAA | 3.5(2.1) | 2 | | | 0 | | 3.5(2.1) | 2 | |
| otro | 4.1(3.3) | 18 | | 1.8(2.6) | 6 | | 5.4(2.9) | 12 | |
| Motivo | | | | | | | | | |
| Control | 4.8(4.1) | 74 | n.s. | 5.2(4.7) | 45 | n.s. | 4.2(2.9) | 29 | n.s. |

| | | | | | | |
|-------------|----------|-----|----------|-----|----------|-----|
| Dolor | 5.4(1.8) | 226 | 5.5(4.4) | 122 | 5.3(2.2) | 104 |
| Aumentovol | 1.8(2.2) | 6 | 0 | 1 | 2.2(2.3) | 5 |
| Caries | 5.5(4.4) | 103 | 5.9(5.4) | 50 | 5(3.2) | 53 |
| Sang.encías | 4(2.2) | 4 | 4(2.2) | 4 | | 0 |
| Otro | 5.8(4.8) | 81 | 5.9(5.1) | 41 | 5.8(4.6) | 40 |

Tratamiento

| | | | | | | | | | |
|-------------|-----------------|------------|-------------|-----------------|-----------|---------------|----------|-----|-----|
| Rest/rehab. | 5.2(4.5) | 153 | 0.02 | 5.2(5.1) | 94 | 0.0017 | 5.2(3.4) | 59 | n.s |
| Tto.prev | 4(3.4) | 33 | | 4.1(4) | 14 | | 4(3) | 19 | |
| Tto.period | 3.7(4.7) | 23 | | 3.2(5.3) | 15 | | 4.6(3.3) | 8 | |
| Extracción | 5.6(4.1) | 186 | | 6.5(4) | 83 | | 4.8(4.1) | 103 | |
| Otro | 6.2(5) | 71 | | 5.8(4.9) | 44 | | 7(5.2) | 27 | |
| Total | | 494 | | | 263 | | | 231 | |

En pruebas estadísticas , se considera significativo $p < 0,05$.

n.s Diferencia entre grupos extremos no es significativa

s.d Desviación estándar

Al analizar el promedio de piezas Perdidas en el grupo de 35-44 años, en la Tabla 7, encontramos diferencias significativas sólo en la pregunta “*Tratamiento*,” recibido en la última consulta dental ($p=0.02$) y no se encontraron diferencias en los promedios de las piezas perdidas en las variables: “*Consulta anterior*”; “*Frecuencia*”; “*Última consulta*”; “*Acceso atención*”; “*Lugar*” y “*Motivo*” de última atención dental. Al realizar comparaciones post hoc entre las categorías de la variable “Tratamiento”, se observa que la brecha es significativa ($p= 0.017$) entre que las personas se realicen un Tratamiento Preventivo versus Otro Tratamiento, con un promedio de 2 piezas perdidas (IC95%:4-0.4). También se observa una diferencia de promedios significativa de 2.5 (IC95%:0.5-4.) piezas perdidas, entre los que optan por un tratamiento periodontal versus otro tratamiento ($p=0.016$)

Al hacer el análisis, en la submuestra de las mujeres de 35-44 años, cambia la relación, de las variables sobre el promedio de piezas perdidas, donde se encontraron diferencias significativas en las variables: “*Frecuencia*” ($p=0.02$); “*Última consulta*” ($p=0.016$); “*Lugar*” ($p=0.016$) y “*Tratamiento*” ($p=0.0017$), y no se encontraron diferencias en las variables: “*Consulta anterior*”, “*Acceso atención*” y “*motivo de atención*”. Al realizar comparaciones post hoc entre las categorías de la variable “*Frecuencia*” con que las mujeres acuden a una consulta dental, se observa una brecha significativa ($p= 0.021$) de 2.8 (IC95%:0.4-5.2) piezas perdidas, entre que consultan cada 6 meses al Dentista versus los que acuden

sólo cuando tienen un problema. En el análisis intercategorías de la variable “*Última consulta*”, se observa también una diferencia significativa ($p=0.04$) entre los que consultan menos de una vez al año, versus los que consultan hace más de dos años, con un promedio de 1.9(IC95%:3.7-0.03) piezas perdidas. En la variable “*Lugar*” de atención, hay una diferencia significativa ($p=0.022$) de 4.5(IC95%:0.7-8.3) piezas perdidas entre las mujeres que se atienden en un *Centro de Salud o Consultorio*, a que se atiendan en otro lugar .

Y en la variable “*Tratamiento*” en las comparaciones estadísticas entre las categorías, se observa una diferencia significativa($p=0.013$)entre las mujeres que eligen un *Tratamiento Periodontal* a someterse a una *extracción dental*, con un promedio de piezas de 3.3 (IC95%:0.7-5.9)

7. Medición de desigualdades socioeconómicas en la prevalencia de dentición funcional usando el ODDs Ratio, el Riesgo Atribuible Poblacional Absoluto (RAP) y Porcentual (RAP%), según género

Para poder evidenciar asociaciones y medir desigualdades en el estado de salud bucal , se creó una nueva variable bicategorica , llamada “ dentición funcional, en la cual sus categorías correspondían a 0 , si los adultos tenían menos de 20 piezas en boca, y 1 si tenían 20 o más piezas. Esta variable se ha sugerido como un indicador de una salud oral óptima: un mejor nivel de eficiencia masticatoria y de calidad de vida. La prevalencia de “ausencia de dentición funcional” o “sin dentición funcional” ha sido utilizado recientemente para comparar las desigualdades en salud bucal en adultos

Tabla 8

Resumen de los OR, RA% y RAP en la prevalencia de “Dentición funcional” según variables socio económicas agrupadas en adultos de 35-44 años.

| n=494 | Dentición Funcional | | chi | OR(IC95%) | Fracción atribuible expuestos RA% | Fracción atribuible población RAP |
|------------------------------|---------------------|-----------------|--------------|---------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| | < 20 piezas | 20 piezas o más | | | | |
| Sexo | | | | | | |
| Femenino | 59 | 211 | 0.65 | 1.1(0.7-1.8) | 0.1(-0.5-0.4) | 0.08 |
| Masculino | 42 | 189 | n.s | | | |
| Nivel de educación* | | | | | | |
| < 12 años de estudio | 85 | 313 | 0.007 | 2.6(1.2-6.2) | 0.61(0.2-0.8) | 0.56 |
| >12años de estudio | 9 | 87 | | | | |
| Ingresos Personales * | | | | | | |
| <\$142.000 | 56 | 219 | 0.39 | 1.2(0.8-2) | 0.2(-0.3-0.5) | 0.15 |
| >142.000 | 35 | 168 | n.s | | | |
| Ingresos Familiares * | | | | | | |
| <\$265.000 | 65 | 248 | 0.09 | 1.6(0.9-2.8) | 0.4(-0.1-0.6) | 0.31 |
| >\$265.000 | 22 | 131 | n.s | | | |
| Previsión | | | | | | |
| Fonasa y sin Previsión | 83 | 358 | 0.26 | 0.6(0.3-1.6) | 0.4(-0.6-0.7) | 0.28 |
| FFAA , Isapre y otros | 10 | 28 | n.s | | | |

En pruebas estadísticas , se considera significativo $p < 0,05$.

n.s Diferencia entre grupos extremos no es significativa

Al aplicar el test estadístico de chi 2, no fue significativo para “Sexo”, “Ingresos personales*”, “Ingresos Familiares*” ni “Previsión”. Para la variable “Nivel de educación*”, la evidencia fue estadísticamente significativa ($p=0.007$), el OR fue de 2.6(IC:95%;1.2-6.2) , lo que sugiere que las personas con < de 12 años de educación, tiene casi 2.6 veces más la probabilidad de no alcanzar una dentición funcional (< de 20 piezas dentarias en boca) , que las que tienen > de 12 años de educación. En relación a la prevalencia de los adultos con < 20 piezas(sin dentición funcional) en el grupo de 35 a 44 años, según educación, en la muestra total fue de 19% y de 9.4 % en el grupo > de 12 años de educación. El RAP% es 61%, esto se interpreta como que la prevalencia de “sin dentición funcional” podría disminuir en un 61% si todos los adultos, tuvieran más de 12 años de educación.

El RAP es 56 y nos habla de que la proporción de personas con < de 21 dientes que se evitaría en la población general, si se aumentaran los años de estudio, sobre los 12 años.

Tabla 9

Resumen de los OR, RA% y RAP en la prevalencia de “Dentición funcional”, según variables socio económicas agrupadas en submuestra de mujeres de 35-44 años.

| n=263 | < 20 piezas | 20 piezas o más | chi | OR(IC95%) | Fracción atribuible expuestos | Fracción atribuible población |
|------------------------------|-------------|-----------------|---------------|--------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| Nivel de educación | | | | | | |
| < 12 años de estudio | 49 | 164 | 0.0066 | 4.6(1.4-24) | 0.78(0.3-0.9) | 0.18 |
| >12años de estudio | 3 | 47 | | | | |
| Ingresos Personales | | | | | | |
| <\$142.000 | 36 | 144 | 0.79 | 1.1(0.5-2.4) | 0.8(-0.9-0.6) | 0.02 |
| >142.000 | 13 | 57 | n.s. | | | |
| Ingresos Familiares * | | | | | | |
| <\$265.000 | 40 | 143 | 0.19 | 1.7(0.7-4.2) | 0.4(-0.3-0.7) | 0.08 |
| >\$265.000 | 9 | 54 | n.s. | | | |
| Previsión | | | | | | |
| Fonasa y sin Previsión | 47 | 195 | 0.68 | 0.8(0.2-3.5) | 0.2(-0.25-0.7) | 0.05 |
| FFAA , Isapre y otros | 4 | 13 | n.s. | | | |

En pruebas estadísticas, se considera significativo $p < 0,05$.

^{n.s} Diferencia entre grupos extremos no es significativa

En la tabla 9 se observa que en la submuestra de mujeres, al aplicar el test estadístico chi cuadrado, no fue significativo para “Ingresos personales*”, “Ingresos Familiares*” ni “Previsión”. Es relevante en el análisis por género, que para la variable “Nivel de educación*”, la evidencia fue estadísticamente significativa ($p=0.0066$) y la interpretación con un OR de 4.6 (IC:95%;1.4-2.4) , es que las mujeres con < de 12 años de educación, tiene casi 5 veces más la probabilidad de no alcanzar una dentición funcional (< de 20 piezas dentarias en boca) , que las que tienen > de 12 años de educación. Esto es aún más relevante que en la muestra total. En relación a la prevalencia de los adultos con < 20

piezas(sin dentición funcional) en el grupo de 35 a 44 años, según educación, en la muestra total fue de 19.8% y de 6% en el grupo > de 12 años de educación. El RAP% es 78%. Esto se interpreta como que la prevalencia de “sin dentición funcional” podría disminuir en un 78 % si todos los adultos, tuvieran más de 12 años de educación. El RAP, que corresponde al factor atribuible poblacional, es 18 y nos habla de que la proporción de personas con < de 21 dientes que se evitaría en la población general, si se aumentaran los años de estudio, sobre los 12 años.

Tabla 10

Resumen de los OR, RA% y RAP en la prevalencia de “Dentición funcional”, según variables socio económicas agrupadas en submuestra de hombres de 35-44 años.

| n=231 | < 20 piezas | 20 piezas o más | chi | OR(IC95%) | Fraccion atribuible expuestos | Fracción atribuible población |
|------------------------------|-------------|-----------------|-------------|-----------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| Nivel de educación | | | | | | |
| < 12 años de estudio | 36 | 149 | 0.312 | 1.6(0.6-5) | 0.4(-0.6-0.8) | 0.74 |
| >12años de estudio | 6 | 40 | n.s. | | | |
| Ingresos Personales | | | | | | |
| <\$142.000 | 20 | 75 | 0.38 | 1.3(0.6-2.8) | 0.2(-0.5-0.6) | 0.05 |
| >142.000 | 22 | 111 | n.s. | | | |
| Ingresos Familiares * | | | | | | |
| <\$265.000 | 25 | 105 | 0.35 | 1.4(0.6-3.2) | 0.3(-0.5-0.7) | 0.05 |
| >\$265.000 | 13 | 77 | n.s. | | | |
| Previsión | | | | | | |
| Fonasa y sin Previsión | 36 | 163 | 0.00 | 6.55(2.6-19.4) | 0.85(0.6-0.9) | 0.15 |
| FFAA , Isapre y otros | 6 | 178 | | | | |

En pruebas estadísticas , se considera significativo $p < 0,05$.

n.s Diferencia entre grupos extremos no es significativa

En la tabla 10 se observa que en la submuestra de hombres, al aplicar el test estadístico de χ^2 , no fue significativo para “Nivel de educación”, “Ingresos personales*”, ni “Ingresos Familiares*” La evidencia fue estadísticamente significativa ($p=0.00$) para la variable “Previsión*”. EL OR fue de 6.55(IC 95%: 2.6-19.4) , sugiriendo que los hombres con Fonasa o sin previsión, tiene casi 7 veces

más la probabilidad de no alcanzar una dentición funcional (< de 20 piezas dentarias en boca) , que los que tienen Isapre, FFAA u otra previsión. Esto es aún más relevante que en la muestra total.

En relación a la prevalencia de las mujeres con < 20 piezas(sin dentición funcional) en el grupo de 35 a 44 años, según previsión, en la muestra total fue de 11% y de 3.3% en los hombres con Isapre, FFAA u otra. . El RAP% es 85%. Esto se interpreta como que la prevalencia de “sin dentición funcional” podría disminuir en un 85 % si todos los hombres, tuvieran Isapre, FFAA u otra. El RAP, que corresponde al factor atribuible poblacional, es 15 y nos habla de que la proporción de personas con < de 21 dientes que se evitaría en la población general, si los hombres se cambiaran a un seguro de salud privado.

VI DISCUSIÓN

Durante los últimas décadas, se han estado investigando con mucho énfasis las profundas diferencias en la salud de las mujeres, en contraste con las de los hombres, en aspectos como incidencia de enfermedades, esperanza y calidad de vida, prevalencia de enfermedades crónicas, etc.; y los indicadores nos muestran que los hombres mueren de sus enfermedades; mientras que las mujeres tienen que vivir con las suyas ⁷⁸. En la esfera de las patologías bucodentarias, hay una gradiente socioeconómica directa relacionada con el aumento de enfermedades como caries, periodontitis, o la mutilación de la boca a través de la pérdida de piezas dentales ^{5 20 21 22}. Al sumarle a este análisis, las diferencias de género, se agudizan aún más la gravedad de estas patologías dentarias en mujeres de baja escolaridad, o bajos ingresos económicos, con trabajos no asalariados, y o sin previsión.

En esta tesis, el objetivo principal ha sido determinar las desigualdades de género en la prevalencia de enfermedades orales y desigualdades en el acceso de atención la muestra de adultos de 35- 44 años de la Región metropolitana.

Los principales resultados, nos indican que la prevalencia de caries es muy alta, siendo el 99.6% de las mujeres y el 98.3 % de los hombres, cifras levemente superiores a las de otros países sudamericanos, que también muestran indicadores, donde las mujeres superan en el daño oral acumulativo a los hombres (como Uruguay con una prevalencia de 94% para las mujeres y 91 % para los hombres, o México, con un 92.1% de prevalencia en las mujeres y 94.2% para los hombres) ^{27 29}

Al analizar el daño oral, a través del índice COPD, en la muestra de adultos; los datos indican que en las mujeres, el COPD fue de 14.13(5.29), valor que en la escala de severidad de la OMS, es considerada una prevalencia muy alta al sobrepasar el límite de 13.9; en contraste al COPD de 11.60(5.2) en los varones, considerado como una prevalencia moderada. Al comparar estas cifras con Brasil, estos mostraron en el último estudio nacional e prevalencia un COPD de 16.78 para el grupo de 35- 44 años, ²⁸. En Uruguay, el COPD fue de 15.8 para este rango de edad, y en México fue de 14.5. cifras que siguen siendo muy altas, comparadas con países desarrollados como Australia donde el COPD en el mismo rango de edad es 10.7. Esto nos muestra que el desarrollo económico y las cifras macroeconómicas de Chile, no van en relación directa con mejoras en la salud oral, en el grupo económicamente activo de 35-44 años ⁶⁰

En Chile, existen pocos estudios en adultos de 35- 44 años para comparar cifras, en el año 1998 Gamonal, mostró en sus resultados que el COPD en adultos de 35- 44 años, era 25.96 ⁹³. Los resultados que calcularon Urzúa y Mendoza, indican una alta prevalencia de caries, con COPD de 15.06, cifra cercana a este estudio que dio un COPD de 13.1 en la muestra de 35 a 44 años.

Otro dato relevante que nos permite observar la severidad daño acumulativo, es la prevalencia de dentición funcional (más de 20 piezas remanentes en boca); en la muestra un 73.76 % de las mujeres y un 76.19% de los hombres; valores muy bajos al comparar con otros estudios realizado en México 92.1 en mujeres y 94.2 en los hombres ²⁹

Al analizar la desigualdad de género, en relación a variables sociales y/o económicas los resultados obtenidos, nos indican que factores como los ingresos personales, o los ingresos del grupo familiar, pueden ser decisivos frente a la decisión de resolver o solucionar una patología bucal. Los resultados obtenidos marcan una influencia significativa en el aumento del COPD en las mujeres frente a factores como: Ingresos familiares , es decir, cuando en el volumen de ingresos es menor a 177.000 ($p=0.03$), no hay espacio para gastos extras en salud, como en un tratamiento oral. Otro factor que indican los resultados, es en la categoría ocupaciones, la brecha que se produce entre el COPD 14(5.2) de las mujeres dueñas de casa y el COPD de otros hombres con otras actividades laborales. Revelando, como las mujeres van postergando el autocuidado de su salud y provocando un daño acumulativo en su salud oral. Del mismo modo, contra lo esperado, en la muestra no se encontraron diferencias significativas en el COPD de las mujeres, según su nivel educacional, como muestran otros estudios. ⁷⁷⁻⁷⁹

Cuando analizamos la desigualdad desde la perspectiva de la pérdida de piezas dentarias en boca, en las mujeres, el tema es aún más grave, por el gran impacto que tiene en el autoestima, en la estética y en la funcionalidad masticatoria óptima de las personas . Ahora bien, la decisión de optar por el tratamiento de extracción dental de uno o más dientes por sobre otras opciones de tratamiento, puede tener muchas causas, que no siempre son asistenciales, a veces, son de oportunidad, por no tener tiempo destinado a realizarse un tratamiento con cierta periodicidad, a veces son de acceso geográfico, a veces es una razón económica y otras tienen que ver con tener acceso a horas disponibles para su atención. Este punto es clave en Chile, porque las políticas de salud están enfocadas en los grupos extremos de edad, niños y adolescentes, y adultos mayores, pero no existen políticas, recursos y profesionales destinados a dar solución a las patologías dentarias de los adultos de 35-44 años.

Los datos calculados indican que la prevalencia de piezas perdidas en la muestra mujeres es de 5.6(4.7), y aumenta significativamente ($p=0.00$) entre las mujeres sin educación a una brecha de 10.5(IC95%:2-17.5) piezas perdidas, con las que

presentan educación universitaria; este resultado es concordante con otros estudios , que revelan como las mujeres pueden mejorar sus condiciones de salud oral , al aumentar su educación formal. Esta gradiente positiva, también se dio con las pérdidas de piezas según ingresos en las mujeres, donde a mayor ingreso, menor brecha de pérdidas de piezas dentarias.

En el análisis del objetivo, determinar el grado de utilización de los servicios dentales, se observaron resultados, que revelan el comportamiento de las personas, frente al autocuidado de su salud oral. Los datos nos muestra, que Las personas suelen acudir al odontólogo, en un 80% , sólo frente a urgencias, dolor, aumento de volumen facial y traumatismos; y que acuden preferentemente a consultorios o centros de salud. Las mujeres, especialmente, tienden a acercarse con más frecuencia, a los centros de salud, con intervalos menores a un año. Esto también ha sido visto, en otros estudios, donde se observa que las mujeres, aparentemente consultan más seguido por su salud. También es curioso observar que las mujeres ($p=0.009$), prefieren tratamientos restauradores o preventivos, frente a cuadros de caries, en contraste a los varones, que tienden a tomar decisiones más radicales, como realizarse la extracción de una pieza dentaria.

En el análisis del grado de asociación de las variables de acceso, el género y las patologías dentarias, los resultados muestran , que el comportamientos de las mujeres, de acudir con cierta frecuencia al control con el odontólogo, resulta significativa en mantener bajos índices de COPD ($p=.001$). Es relevante observar en los datos que indican que los hombres acuden en alto porcentaje a resolver sus problemas bucales a clínicas particulares, y esta decisión influye en tener una menor COPD ($p=0.018$) quizás porque a aquellos que trabajan, se les impiden ir en horarios de oficina, a atenderse, mientras en una clínica particular se puede asistir fuera de horarios de carga laboral ⁸².

Los datos referidos a la asociación de las variables de acceso, con la pérdida de piezas, nos muestra que es significativo para las mujeres, perder menos piezas dentarias, si se controlan con regularidad con el Odontólogo (6 meses o menos) y fue significativo en los resultados($p=0.013$), lo que parece evidente , que un

tratamiento preventivo o periodontal , es decisivo a la hora de conservar piezas dentarias en boca.

En los datos, donde se realizaron los cálculos del ODDs ratio, se observa nuevamente la importancia de la influencia de los determinantes sociales de salud, en la dentición funcional de los adultos de 35-44 años, especialmente la educación. Al hacer el desagregado por género, en las mujeres la probabilidad de no tener una dentición funcional, según el nivel de educación, es casi 5 veces mayor que en los hombres , con un nivel de significación del 95% (0.0066). Esto cambia en los hombres , donde la probabilidad de tener dentición funcional, tuvo que ver con tener previsión ($p=0.00$), siendo 7 veces mayor la probabilidad en los que están en aseguradoras privadas de salud , como Isapre, FFAA u otras , versus a estar en Fonasa o no tener previsión .

La relevancia de este estudio, es la incorporación de la perspectiva de género en el análisis de datos transversales, de los cuales existen pocos en la literatura, y que puede dar pie a incorporar esta visión en futuras investigaciones. También al incorporar una mirada cualitativa de las patologías orales, al observar el comportamiento de los adultos en el acceso a atención odontológica, la responsabilidad en su autocuidado y el impacto de esto en el daño acumulativo oral y la pérdida de piezas dentarias.

Se espera que a través de los resultados de la presente tesis se muestre evidencia cuantificable que sea comparativa en relación a las inequidades de acceso de atención e inequidades de género que sirvan para los tomadores de decisiones, en la priorización de políticas de salud bucal a la población más vulnerable de los adultos económicamente activos, mujeres, con trabajos informales, sin previsión y que en veinte años serán nuestros próximos adultos mayores.

VI CONCLUSIONES

Los resultados de la presente investigación indicaron que:

1.-Las desigualdades de género son significativas en el grado de severidad de caries (COPD) y en la pérdida de piezas dentarias :

- El promedio de COPD de las mujeres (14.1) es significativamente mayor ($p=0.00$) que el de los hombres (11.6).
- Los resultados observados en la magnitud del COPD entre mujeres y hombres; en las variables socioeconómicas: Estrato social, Ocupación, Ingresos personales y Familiares indican diferencias significativas.
- En el promedio de pérdida de piezas dentarias, se observó que hay una gradiente inversa con los años de escolaridad y los ingresos personales.
- El nivel de educación es un factor fundamental para la conservación de piezas dentarias en las mujeres y en el COPD para los hombres
- Las mujeres de bajos ingresos personales, de bajo nivel educacional y dueñas de casa tienen altos valores de COPD y mayor promedio de pérdida de piezas dentarias
- Los ingresos personales y/ o familiares son claves, en el cuidado de las piezas dentarias en los hombres

Según todo lo anterior descrito, se rechaza la hipótesis nula, y se acepta que existen diferencias significativas entre la magnitud del COPD y pérdida de piezas dentarias entre hombres y mujeres adultos de 35- 44 años de la Región Metropolitana

2. Existen diferencias cualitativas de género en el comportamiento del grado de utilización de los servicios odontológicos:

- Las mujeres, tienen mayor adhesión a los tratamientos y controles dentales que los hombres. Las mujeres acuden con mayor frecuencia y periodicidad

- Las mujeres prefieren resolver sus problemas de salud oral, principalmente en consultorios y Hospitales. Los varones prefieren hacerlo en consultorios y clínicas particulares
- Las mujeres prefieren realizarse tratamientos restauradores y preventivos, y los varones prefieren tratamientos más radicales como, por ejemplo, extracciones de piezas dentarias.

Según todo lo anterior descrito, se rechaza la hipótesis nula, y se acepta que existen diferencias significativas en el grado de utilización de los servicios odontológicos entre hombres y mujeres adultos de 35- 44 años de la Región Metropolitana.

En los resultados, se determinó una fuerte asociación : OR 2.6(IC:95%;1.2-6.2) entre tener más de 12 años de escolaridad y mantener en boca una dentición funcional de más de 21 dientes , en hombres y mujeres de 35-44 años de la Región Metropolitana.

La asociación en la submuestra de mujeres de 35-44 años aumenta significativamente en relación al total, donde tener más de 12 años de escolaridad determina un OR de 4.6 (IC:95%;1.4-2.4) . En cambio la asociación en la submuestra de hombres de 35-44 años, se relaciona significativamente con la variable “ Previsión” , donde es determinante el estar afiliado a una isapre o seguro de salud con un OR de 6.55(IC 95%: 2.6-19.4)

VII: ASPECTOS ETICOS Y LIMITACIONES

1. Aspectos Éticos

En proyecto original al cual se adscribió el presente estudio, ya se encontraba incorporada la aprobación del comité de ética. De igual modo, en dicho estudio, antes de realizar el examen clínico y aplicar el cuestionario de la encuesta, cada persona participante entregó su consentimiento informado, junto con información acerca de los objetivos y alcances del estudio.

El presente estudio correspondió a un análisis secundario de datos del estudio mayor realizándose una explotación de la información que agregó una profundización en una vertiente analítica específica en inequidades de acceso de atención y género. Por lo tanto, no se requirieron autorizaciones adicionales, excepto del equipo investigador que había construido la base de datos. Para efectos del presente trabajo no se requirió identificación de pacientes individuales y, por lo mismo, la confidencialidad de la información estuvo permanente salvaguardada.

2. Limitaciones

Las limitaciones de la presente tesis son las propias de un estudio que descansa en la explotación secundaria de datos, pues cualquier análisis está supeditado a los datos que ya existen. De igual modo, el estudio también tiene limitaciones derivadas de la calidad de los datos existentes en la base original.

Finalmente, los alcances del estudio son limitados, debido a que son sólo extrapolables a la población adulta de las comunas que serán estudiadas.

Además el usar una submuestra de la Región metropolitana para los análisis estadísticos, pudo haber creado sesgos de selección, pudiendo no mostrar asociaciones entre las variables, como lo que sucedió con no dar datos significativos en nivel de educación, aun existiendo esta relación en la población. Y que no nos permite cuantificar las diferencias reales en la población de la Región Metropolitana

IX. BIBLIOGRAFIA

1. ALBANDAR J, RAMS T. Global epidemiology of periodontal diseases: an overview, *Periodontology* 2000 2002, 29(1):7-10
2. ARTEAGA OSCAR, URZÚA IVÁN, ESPINOZA IRIS, et all. Prevalencia de Caries y Pérdida de Dientes en Población de 65 a 74 Años de Santiago, Chile. *Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehábil. Oral* Vol. 2(3); 161-166, 2009.
3. URZÚA, I., MENDOZA, C., ARTEAGA, O. ET ALLS. Caries Prevalence and Tooth Loss in Chilean Adult Population: First National Dental Examination Survey. *International Journal of Dentistry* (2012); Article ID 810170, doi:10.1155/2012/810170.
4. GAMONAL J., ESPINOZA I., MUÑOZ A. ET ALLS. Clinical attachment loss in Chilean adult population: First Chilean National Dental Examination Survey. *Journal of Periodontology* 2010; 10: 1403-1410
5. WILLIAMS D. Global oral health inequalities: the research agenda. *Adv Dent Res.* 2011; 23:198-200.
6. LLODRA CALVO JC. Las desigualdades en salud oral entre países ricos y pobres no han hecho más que crecer en los últimos años. 2013. Disponible en: <http://www.gacetadental.com/2013/05/las-desigualdades-en-salud-oral-entre-paises-ricos-y-pobres-no-han-hecho-mas-que-crecer-en-los-ultimos-anos-23889/>
7. HEALTH TOPICS - ORAL HEALTH. World Health Organization. [Acceso 15 de diciembre de 2015]; Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>
8. NIETO GARCÍA VÍCTOR MIGUEL, NIETO GARCÍA MARÍA ADORACIÓN, LACALLE REMIGIO JUAN RAMÓN Y ABDEL-KADER MARTÍN LAILA. Salud oral de los escolares de ceuta. Influencias de la edad, el género, la etnia y el nivel socioeconómico. *Rev Esp Salud Pública* 2001; 75: 541-550 N.º 6 - Noviembre-Diciembre 2001.

9. PETERSEN PE. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century--the approach of the WHO Global Oral Health Programme, *Community Dent Oral Epidemiol* 2003; 31 Suppl 1: 3-23.
10. OBJETIVOS SANITARIOS 2000-2010. Ministerio de Salud de Chile. Disponible en <http://epi.minsal.cl/epi/html/elvigia/vigia15.pdf>
11. OBJETIVOS SANITARIOS 2011-2020. Ministerio de Salud de Chile. Disponible en <http://web.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddbc96ca6de0400101640159b8.pdf>
12. ARTEAGA OSCAR; ASTORGA IGNACIO; PINTO ANA MARÍA. Desigualdades en la provisión de asistencia médica en el sector público de salud en Chile. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.18, n.4, 2002. Disponible en: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000400011&lng=es&nrm=iso>.
13. ESPINOZA, I., THOMSON, W. M., GAMONAL, J. ET ALLS. Disparities in aspects of Oral-Health-Related Quality of Life among Chilean adults. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 2013; 41 (1): 242-250.
14. ESPINOZA SANTANDER I, "Bioética y asignación de recursos para la atención odontológica del adulto mayor en Chile". *Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral* Vol. 4(2); 80-82, 2011.
15. CASTAÑEDA ABASCAL ILEANA ELENA. Reflexiones teóricas sobre las diferencias en salud atribuibles al género. *Rev. cub. salud pública* vol.33 no.2 La Habana 2007
16. CASTAÑEDA ABASCAL ILEANA ELENA; CORRAL MARTÍN ARIADNA; BARZAGA TORRES MANUEL." Perfiles de género y salud en Cuba ". *Revista Cubana de Salud Pública*; 2010 36(2)132-141.
17. ROHLFS, C. BORRELL, M. DO C. FONSECA. Género, desigualdades y salud pública, conocimientos y desconocimientos. *GACETA SANITARIA* Viernes 1 Diciembre 2000. Volumen 14 - Número suplemento 3 p. 60 – 71. Disponible <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.pdf?pid=10019055>

18. SEN GITA; GEORGE ASHA; ÖSTLIN PIROSKA. Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud: un análisis de la investigación y las políticas. Documento de trabajo. OPS. 2005
19. PROGRAMA “MÁS SONRISAS PARA CHILE”. VISTO EN <http://www.gob.cl/2014/11/24/mas-sonrisas-para-chile/>
20. HADAD ARRASCUE, NATALIE, GABRIELA. DEL CASTILLO LÓPEZ, CÉSAR EDUARDO. Determinantes sociales de salud y caries dental. *Odontol Pediatr* Vol 10 N° 1 Enero- Junio 2011.
21. OMPAD DANIELLE, GALEA SANDRO, CAIAFFA WALESKA, AND VLAHOV DAVID. Social Determinants of the Health of Urban Populations: Methodologic Considerations. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, Vol. 84, No. 1. 2007
22. SUBSANAR LAS DESIGUALDADES DE UNA GENERACIÓN. Comisión Determinantes sociales de Salud. Informe Final. OMS. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/
23. ALMEIDA G, SARTI FM. Measuring evolution of income-related inequalities in health and health care utilization in selected Latin American and Caribbean countries. *Rev Panam Salud Pública*. 2013;33(2):83–9.
24. GISPERT ABREU ESTELA, BÉCQUER ÁGUILA JORGE. Salud bucal poblacional, una prioridad en todas las políticas. *Rev Cubana Estomatol* [revista en la Internet]. 2015 Sep [citado 2015 Dic 12]; 52(3): 231-234. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072015000300001&lng=es.
25. JIN L, LAMSTER I, GREENSPAN J, PITTS N, SCULLY C, WARNAKULASURIYA S. Global burden of oral diseases: emerging concepts, management and interplay with systemic health. *Oral Dis*. 1 de enero de 2016;10.1111/odi.12428.
26. Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Madrid 1ra región (España). Estudio y análisis de la equidad en salud. Una visión en salud oral. Madrid: Editorial de la Fundación del Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de

Madrid (FCOEM);marzo 2013. España en web.
<http://coem.org.es/sites/default/files/pdf/coemdigital.pdf>

27. OLMOS PATRICIA; PIOVESAN SYLVIA; MUSTO MARIANA ET AL .Primer Estudio poblacional en jóvenes y adultos uruguayos del interior del país. Odontoestomatología / Vol. XV. Nº Especial / Junio 2013.

28. PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL – RESULTADOS PRINCIPAIS. Projeto SBBrazil 2010: VISTO EN
http://dab.saude.gov.br/CNSB/sbbrasil/arquivos/projeto_sb2010_relatorio_final.pdf

29. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LA SALUD BUCAL EN MÉXICO 2010. Subsecretaría de prevención y promoción de la salud. Dirección general de Epidemiología. Junio 2011.

30. I ENCUESTA DE CALIDAD DE VIDA Y SALUD 2003, Minsal

31. ENCUESTA CALIDAD DE VIDA Y SALUD 2009. Minsal

32. ESTUDIO DE CARGA DE ENFERMEDAD Y CARGA ATRIBUIBLE, 2007. Departamento de Salud Pública, Escuela de Medicina, P. Universidad Católica de Chile. Disponible en
http://epi.minsal.cl/epi/html/invest/cargaenf2008/Informe%20final%20carga_Enf_2007.pdf

33. MENDOZA, ARTEAGA, GAMONAL. Investigación Epidemiológica en Enfermedades Periodontales en América Latina. Epidemiological Research on Periodontal Diseases in Latin America. Rev Chil Period Oseoint Vol 3(3):7-13; 2006.

34. GAMONAL JA, LÓPEZ NJ, ARANDA W. Periodontal conditions and treatment needs, by CPITN, in the 35-44 and 65-74 year-old population in Santiago, Chile, Int Dent J 1998; 48(2): 96-103.

35. NATIONAL_CENTER_FOR_HEALTH_STATISTICS, Basic data on dental examination findings of persons 1-74 years; United States, 1971-1974. Washington, DC, Centers_for_Disease_Control_and_Prevention: series 11 n10 214. 1979

36. BAKER, ELIZABETH A. PHD, MPH; METZLER, MARILYN M. RN; GALEA, SANDRO MD, DRPH. EDITORIAL. Addressing Social Determinants of Health Inequities: Learning From Doing. April 2005, Vol 95, No. 4 | American Journal of Public Health.
37. BORRELL C.M. RU., M. I. PASAR.N, J. BENACH AND A. E. KUNST La medición de las desigualdades en salud. Gac Sanit 2000;14 (Supl. 3):20-33.
38. BRAVEMAN PAULA. Health disparities and health equity: Concepts and Measurement. Annu. Rev. Public Health 2006. 27:18.1–18.28.
39. MARMOT MICHAEL. Social determinants of health inequalities. Lancet; Vol 365: 1099–104. March 19, 2005.
40. SUBRAMANIAN, VENKATA, DELGADO B, IRIS, JADUE H, LILIANA ET AL. Inequidad de ingreso y autopercepción de salud: un análisis desde la perspectiva contextual en las comunas chilenas. Rev. méd. Chile. [online]. mar. 2003, vol.131, no.3, p.321-330. Disponible en:
<http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872003000300012&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0034-9887.
41. ARTEAGA OSCAR; ASTORGA IGNACIO; PINTO ANA MARÍA. Desigualdades en la provisión de asistencia médica en el sector público de salud en Chile. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.18, n.4, 2002. Disponible en:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000400011&lng=es&nrm=iso>.
42. HADAD ARRASCUE, NATALIE, GABRIELA. DEL CASTILLO LÓPEZ, CÉSAR EDUARDO. Determinantes sociales de salud y caries dental. Odontol Pediatr Vol 10 N° 1 Enero- Junio 2011..
43. MONTOYA CARLOS, “La equidad: Usos del concepto como criterio de progreso”. Cuad. Méd. Soc. XXXVIII, 1:6-12; 1997.
44. MOONEY G., “Equity in health care: confronting the confusion”. Journal of Public Health Medicine, 14:236-249; 1983
45. MURRAY C.J.L.; GAKIDOU E.E.; FRENK J. Desigualdades en salud y diferencias entre grupos sociales . Boletín de la Organización Mundial de la Salud, Recopilación de artículos N°2,2000.

46. PRAH RUGER JENNIFER ; Ethics of the social determinants of health, Lancet 2004; 364: 1092–97
47. REGIDOR ENRIQUE. Measures of health inequalities: part J Epidemiol Community Health 2004;58:858–861
48. REGIDOR ENRIQUE. Measures of health inequalities: part 2. J Epidemiol Community Health 2004;58:900-903
49. SCHNEIDER M, CASTILLO-SALGADO C, BACALLAO J, ET ALLS. “Métodos de medición de las desigualdades de salud “. Revista Panamericana de Salud Pública, 12(6): 398-414; 2002.
50. SEN AMARTYA, “¿Por qué la equidad en salud? Revista Panamericana de Salud Pública, 11(5/6): 302-309; 2002.
51. GRAHAM HILAR; KELLY MICHAEL P. Health inequalities: concepts, frameworks and policy. Health Development Agency, London. 2004
52. MARMOT MICHAEL. Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. Lancet 2007; 370: 1153–63.
53. HERNÁNDEZ-AGUADO ILDEFONSO, SANTAOLAYA CESTEROSC MARÍA Y CAMPOS ESTEBANC PILAR. Las desigualdades sociales en salud y la atención primaria. Informe SESPAS 2012. Gac Sanit. 2012; 26(S):6–13
54. RESUMEN DESIGUALDADES EN CHILE OPS, División de salud y desarrollo humano. Programa de políticas públicas y Salud Hoja octubre 2000.
55. GLICK MICHAEL, MONTEIRO DA SILVA ORLANDO, GERHARD K. SEEBERGER, FDI Vision 2020: shaping the future of oral health International Dental Journal 2012; 62: 278–291
56. INFORME REGIONAL SOBRE DESARROLLO HUMANO PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE 2010. Actuar sobre el futuro: romper la transmisión intergeneracional de la desigualdad. PNUD 2010
57. BATTHYÁNY KARINA, CORRÊA SONIA. Health, gender and poverty in Latin America. Background paper prepared for the Women and Gender Equity Knowledge Network of the WHO Commission on Social Determinants of Health. June 2007

58. ENCUESTA DE CARACTERIZACIÓN SOCIOECONÓMICA NACIONAL, MINSAL, 2011, Disponible en http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/layout/doc/casen/publicaciones/2011/CASEN_2011.pdf
59. II ENCUESTA CALIDAD DE VIDA Y SALUD 2006. MInsal
60. INFORME SOBRE DESARROLLO HUMANO 2013, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Consultado en <http://www.undp.org/content/dam/undp/library/corporate/HDR/2013GlobalHDR/Spanish/HDR2013%20Summary%20Spanish.pdf>.
61. INFORME ECONÓMICO 2015. <http://www.oecd.org/eco/surveys/economic-survey-chile.htm>
62. COUSIÑO SERGIO. Cuantos somos actualmente los dentistas en Chile. Publicación de Colegio Cirujano Dentistas, consultado en la web EL 19-DIC-2015 <http://www.contraangulo.com/2013/07/cuantos-somos-actualmente-los-dentistas.html>
63. CHOVAR VERA A, VÁSQUEZ LAVÍN F, PARAJE G. Desigualdad e inequidad en la utilización de servicios médicos según grupos etarios en Chile. *Rev Panam Salud Pública*. 2014; 36(3):171–8.
64. FRENZ PATRICIA, DELGADO BECERRA IRIS, VILLANUEVA PABÓN LORETO. Seguimiento de cobertura sanitaria universal con equidad en Chile entre 2000 y 2011 usando las Encuestas CASEN. *Rev. Med. Chile* 2013; 141: 1095-1106.
65. MONSALVES MARÍA JOSÉ. La odontología que vivimos y no queremos: una crítica al escenario actual. *Rev. Chil. Salud Pública* 2012; Vol.16 (2): 241-246
66. LAMAS ROJAS HÉCTOR, LAMAS LARA CÉSAR, LAMAS LARA VÍCTOR. Odontología social: desigualdad social y salud. *In Cres. Vol. 3 N° 1: pp. 139-151, 2012.*
67. DELGADO B., CORNEJO-OVALLE M., JADUE H. L. Determinantes sociales y equidad de acceso en la salud dental en Chile. *Cient. dent.* 2013; 10; 2: 101-109.

68. MICHAEL GLICK¹, ORLANDO MONTEIRO DA SILVA, GERHARD K. SEEBERGER. FDI Vision 2020: shaping the future of oral health. *International Dental Journal* 2012; 62: 278–291.
69. GÓMEZ GÓMEZ ELSA. Gender, equity, and access to health services: an empirical, approximation. *Rev Panam Salud Pública* [serial on the Internet]. 2002 June [cited 2007 Oct 26]; 11(5): 327-334. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892002000500008&lng=en&nrm=iso. doi: 10.1590/S1020-49892002000500008
70. GODOY SERPA DA FONSECA ROSA MARIA. Equidad de género y salud de las mujeres. *Rev. esc. enferm. USP* v.39 n.4 , 450-9 São Paulo dic. 2005.
71. OBSERVATORIO DE EQUIDAD DE GÉNERO EN SALUD. Informe 2007-2008.
72. BORRELL CARME, GARCÍA-CALVENTE MARÍA, MARTÍ-BOSCÀC JOSÉ. La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. *Gac Sanit* 2004;18(Supl 1):2-6.
73. ROHLFS, C. BORRELL, M. DO C. FONSECA. Género, desigualdades y salud pública, conocimientos y desconocimientos. *GACETA SANITARIA* Viernes 1 Diciembre 2000. Volumen 14 - Número suplemento 3 p. 60 – 71. Disponible <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.pdf?pid=10019055>
74. PIROSKA ÖSTLIN, GITA SEN, & ASHA GEORGE. Paying attention to gender and poverty in health research: content and process issues. *Bulletin of the World Health Organization* | October 2004, 82 (10).
75. CASTAÑEDA ABASCAL ILEANA ELENA. Reflexiones teóricas sobre las diferencias en salud atribuibles al género. *Rev. cub. salud pública* vol.33 no.2 La Habana 2007
76. CASTAÑEDA ABASCAL ILEANA ELENA; CORRAL MARTÍN ARIADNA; BARZAGA TORRES MANUEL.” Perfiles de género y salud en Cuba “. *Revista Cubana de Salud Pública*; 2010 36(2)132-141.
77. CERÓN-MIRELES PRUDENCIA, MC, PHD, SÁNCHEZ-CARRILLO CONSTANZA I., MC, PHD, ROBLEDO-VERA CECILIA, SOC. Aplicación de la perspectiva de género en artículos publicados en cuatro revistas nacionales de

salud, México, 2000-2003. Salud Pública de México / vol.48, no.4, julio-agosto de 2006.

78. GWATKIN DAVIDSON R. La necesidad de hacer reformas del sector de la salud orientadas hacia la equidad. Rev. Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 11(5/6), 2002.

79. VEGA M, JEANETTE, BEDREGAL G, PAULA, JADUE H, LILIANA ET AL. Equidad de género en el acceso a la atención de salud en Chile. Rev. méd. Chile, jun. 2003, vol.131, no.6, p.669-678. ISSN 0034-9887

80. POBREZA Y DESIGUALDAD, INFORME. Ministerio de desarrollo y planificación social 2012. Consultado en:

http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/ipos-2012/media/ipos_2012_pp_12-29.pdf

81. EQUIDAD DE GÉNERO EN SALUD. Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Organización Panamericana de la Salud. Consultado en :

<http://www.paho.org/generoysalud>.

82. MACENTEE M, STOLAR E AND GLICK N. Influence of age and gender on oral health and related behavior in an independent elderly population. Community Dent Oral Epidemiol 1993; 21: 234-9.

83. ARREDONDO L. CAMILA, GARCÍA V. RICARDO, PALACIOS S. VALERIA Isapres, su regulación legal y la discriminación por riesgos en la cobertura de salud. Memoria de Grado de Licenciado en Ciencias Jurídicas y Sociales. Facultad de Derecho. 2012.

84. SQUASSI ALDO, MERCER HUGO Y BORDONI NOEMÍ. Evaluación de calidad de los procesos de atención de salud bucal empleando el método basado en la semiótica de los enunciados. Revista de la Maestría en Salud Pública Universidad de Buenos Aires Año 2, N° 3. Julio de 2004.

85. DUQUE-DUQUE VE, TAMAYO-CASTRILLÓN J, ECHEVERRI-CADAVID PA ET AL. Calidad de vida relacionada con la salud bucal en adultos mayores que consultan a la IPS Universitaria de Medellín y sus factores asociados. Rev. CES Odont. 2013; 26(1) 10-23.

86. VERGARA MARCOS. Equidad en el acceso a la salud en Chile. Rev. Chil. Salud Pública 2007; Vol. 11 (3): 150-157.
87. GARCÍA-ZAVALA CARLOS. Equidad y salud bucal. Rev. Estomatol. Herediana. 2015 Abr-Jun; 25(2):85-86.
88. FÁBREGAS TROCHE SANDRA, LUGO COLÓN MIRIAM, LEÓN CORREA FRANCISCO. Inequidades en la prestación de servicios de salud en Latinoamérica y el caribe. Simposio. Red Latinoamericana de Historiadores en las Ciencias de la Salud, Federación Latinoamericana y del Caribe de Instituciones de Bioética FELAIIBE, Universidad de Santiago e Instituto idea. Santiago de Chile noviembre 2010.
89. Serie Casen 2003 VOL 1. [Acceso 10 de NOVIEMBRE de 2016]; Disponible en:
http://www.archivochile.com/Chile_actual/11_econom/chact_econ0020.pdf
90. Organización Mundial de la Salud. Encuestas de salud bucodental. Métodos Básicos. 4 edición.1997. [Acceso 23 de septiembre de 2016]; Disponible en:
<http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/7dc33df0bb36ec58e04001011e011c36.pdf>
- 91 PINEDA, E.; DE ALVARADO, E.(2008) Metodología de la investigación. Washington DC: Organización Panamericana de la salud, 3ª Edición.
92. Ingreso Mínimo Mensual; Protección de los Trabajadores; Ley no. 20.204. Organismo: MINISTERIO DE HACIENDA. Búsqueda 24 de octubre de 2016.
<http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=262430&idParte=0>.
93. GAMONAL J. Prevalencia de enfermedades periodontales y de caries dental en la población de 35-44 y de 65-74 años de nivel socioeconómico bajo y medio-bajo de la provincia de Santiago, Región Metropolitana, y determinación de los recursos humanos necesarios para su tratamiento. Facultad de Odontología. 1996, Universidad de Chile, Santiago
94. Slade G, Spencer J, Roberts-Thomson KF. Australia's Dental Generations (NSAOH): The National Survey of Adult Oral Health. 2007, Australian Institute of Health and Welfare, Australian Government.

X. ANEXOS

1. Ficha clínica OMS.

Consentimiento informado

He sido seleccionado/a para participar en el estudio titulado "Prevalencia de enfermedades bucales e indicadores de riesgo en la población de 35-44 y 65-74 años de Chile y medición de desigualdades de base geográfica y socioeconómica", cuyo objetivo es determinar el estado de salud bucal de la población adulta chilena, según sus características socioeconómicas y ubicación geográfica, identificando además las necesidades de tratamiento odontológico.

He sido informado/a que he sido elegido/a por estar en los grupos de edad de interés (35-44 años y 65-74 años) y vivir en la comuna seleccionada. También se me ha informado que mi selección ha sido al azar y que mi participación implica que seré entrevistado/a y posteriormente examinado/a por un investigador en el consultorio cercano a mi casa, con el objeto de determinar si presento alguna enfermedad bucal. La duración del examen y entrevista se espera que no sea mayor a 45 min. Este examen corresponde a un examen de rutina de salud bucal y no tiene ningún costo económico para mí. Además, en el caso en que se me detectara alguna enfermedad bucal, se me entregará una interconsulta para ser atendido/a donde corresponda.

Comprendo que mi participación es voluntaria y que en cualquier momento puedo decidir dejar de participar en este estudio, sin consecuencias negativas para mí. También se me explicó que mi información será confidencial y que mi nombre no aparecerá en los informes finales.

He tenido la oportunidad de hacer todas las preguntas necesarias y han sido contestadas satisfactoriamente. Además, en caso de tener preguntas o comentarios durante el estudio, se me ha informado que puedo contactarme con el Dr Oscar Arteaga Herrera, investigador responsable del proyecto, en el teléfono 2-9786151. Por lo tanto, acepto voluntariamente participar en este estudio.

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha: __/__/__

Nombre Investigador responsable: Oscar Arteaga Herrera.

Firma: _____

Fecha: __/__/__

2. Tabla de distribución de muestra de R.M. según estratos, comunas y sexo

Tabla II: Distribución de la muestra de la Provincia de Santiago, RM

| Estrato | Comuna | Edad | Hombres | Mujeres | Total | |
|---------|------------------|-------|---------|---------|-------|-----|
| I | La Reina | 35-44 | 9 | 11 | 20 | 28 |
| | | 65-74 | 3 | 5 | 8 | |
| | Las Condes | 35-44 | 21 | 27 | 48 | 71 |
| | | 65-74 | 9 | 14 | 23 | |
| | Lo Bamechea | 35-44 | 7 | 10 | 17 | 20 |
| | | 65-74 | 1 | 2 | 3 | |
| II | Estación Central | 35-44 | 16 | 17 | 33 | 45 |
| | | 65-74 | 5 | 7 | 12 | |
| | Santiago | 35-44 | 26 | 24 | 50 | 70 |
| | | 65-74 | 8 | 12 | 20 | |
| | Quinta Normal | 35-44 | 12 | 13 | 25 | 35 |
| | | 65-74 | 4 | 6 | 10 | |
| | Macul | 35-44 | 13 | 14 | 27 | 37 |
| | | 65-74 | 4 | 6 | 10 | |
| III | Pudahuel | 35-44 | 43 | 45 | 88 | 100 |
| | | 65-74 | 5 | 7 | 12 | |
| | PA Cerda | 35-44 | 23 | 25 | 48 | 63 |
| | | 65-74 | 6 | 9 | 15 | |
| | San Joaquín | 35-44 | 18 | 19 | 37 | 49 |
| | | 65-74 | 5 | 7 | 12 | |
| | Lo Espejo | 35-44 | 23 | 24 | 47 | 59 |
| | | 65-74 | 5 | 7 | 12 | |
| IV | La Granja | 35-44 | 14 | 15 | 29 | 38 |
| | | 65-74 | 4 | 5 | 9 | |
| | Cerro Navia | 35-44 | 14 | 14 | 28 | 37 |
| | | 65-74 | 4 | 5 | 9 | |
| | La Pintana | 35-44 | 19 | 20 | 39 | 46 |
| | | 65-74 | 3 | 4 | 7 | |
| | Total provincia | 35-44 | 258 | 278 | 536 | 698 |
| | | 65-74 | 66 | 96 | 162 | |

3. Cuestionarios de la Encuesta.

Anexo Instrumentos

FORMULARIO DE EVALUACIÓN DE SALUD BUCODENTAL (adaptado de formulario OMS)

| | | | | |
|--|---|---|--|--|
| Dejar en blanco <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> | Año <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> | Mes <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> | Día <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> | Rut <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> |
| Examinador <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> | Copia/Original <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> | Ayudante: | | |
| INFORMACIÓN GENERAL | | | | |
| Nombre: | | | Controlación para el examen (No=0, Si=1) <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> | |
| Fecha Nacimiento Año <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> | Mes <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> | Profesión u ocupación: | | |
| Edad en Años <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> | | Comuna de Residencia: | | |
| Sexo (M=1, F=0) <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> | | Región de Residencia: | | |
| EVALUACIÓN DE LA MUCOSA ORAL | | | | |
| LESIONES 0= Ningún estado anormal 1= Leucoplasia 2= Líquen Plano: Especificar tipo: papilar, reticular, plano, atrofico y bulboso 3= eritroplasia 4= Eritomallia subpostela 5= Queratina angular 6= Glositis romboidal 7= Candidiasis pseudomembranosa 8= Hiperplasia linfoidea 9= Úlcera traumática 10= Úlcera no asociada a trauma 11= Gingivitis necrotante aguda 12= Alapasa Especificar color: 13= Otro trastorno Especificar: 14= No registrado | LOCALIZACIÓN 0= Borde de la lengua 1= Corilón 2= Labios 3= Sarcos 4= Mucosa bucal 5= Piso de la boca 6= Lengua 7= Paladar duro y/o blando 8= Bordas alveolares/encías 9= No registrado | LESION <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> | LOCALIZACIÓN <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> | |

| ESTADO DE LA DENTICIÓN Y NECESIDAD DE TRATAMIENTO | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|--|--|
| Corona | 18 | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | SITUACIÓN 0= Sano 1= Cariado 2= Obturado con caries 3= Obturado sin caries 4= Perdido por caries 5= Perdido por otro motivo Especifique: _____ 6= Flaca Obturada 7= Soporte de puente 8= Diente sin erupcionar 9= Traumático (fractura) 0= No registrado PT= Persistencia temporal | TRATAMIENTO 0= Ninguno P= Preventivo F= Obturación de fisuras 1= 1 obturación superficial 2= 2 ó más obturaciones superficiales 3= Corona 4= Revestimiento o lámina 5= Cuidado de pulpa y restauración 6= Extracción 7= Otro:..... 8= Otro:..... 9= No registrado |
| Cuello | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tratamiento | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Corona | 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | | |
| Cuello | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tratamiento | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| SITUACIÓN DE PRÓTESIS | | NECESIDAD DE PRÓTESIS | |
|--|-----------------------------|---|-------------------------------|
| 0= Ninguna Prótesis | 1= Puente | 2= Más de un puente | 3= Prótesis removible parcial |
| 4= Puente y prótesis removible parcial | 5= Prótesis removible total | 9= No registrado | |
| Superior Inferior | | Superior Inferior | |
| ESTADO DE PRÓTESIS REMOVIBLE | | Integridad de la prótesis | |
| Acumulación de placa | Retención (autoreporte) | 0= prótesis íntegra y adecuada a los dientes remanentes | |
| 0= No hay placa visible | 0= Buena retención | 1= prótesis fracturada o sin soporte dentario adecuado | |
| 1= Acumulación moderada | 1= Retención deficiente | Superior Inferior | |
| 2= Abundante placa | 2= No se retiene | Superior Inferior | |
| Superior Inferior | | Superior Inferior | |

| ESTADO PERIODONTAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|--|--|--|--|--|--|--|
| Max. Superior | | | | | | | | | | | | | | | | | | Max. Inferior | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Niv. Inserción | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | | | | | | | |
| Sondaje | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Recesión | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Índice Placa | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Niv. Inserción | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | | | | | | | |
| Sondaje | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Recesión | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Índice Placa | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Max. Inferior | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| NECESIDAD INMEDIATA DE ASISTENCIA Y CONSULTA | | | |
|--|--------------------------|------------------|--|
| ASISTENCIA INMEDIATA | | | |
| Trastorno que amenaza la vida | <input type="checkbox"/> | 0= Ausente | |
| Dolor o infección | <input type="checkbox"/> | 1= Presente | |
| Otro trastorno | <input type="checkbox"/> | 9= No registrado | |
| Especifique: | | | |
| CONSULTA | <input type="checkbox"/> | | |
| | | 0= No | |
| | | 1= Sí | |
| | | 9= No Registrado | |

Anexo Instrumentos

CUESTIONARIO DE SALUD BUCAL

Dejar en blanco

Día Mes Año

Entrevistador

Establecimiento de salud:

INFORMACIÓN GENERAL

Nombre:

Rut:

Día Mes Año

Fecha Nacimiento:

Edad en Años

Sexo (M=1, F=2)

Dirección de residencia:

Comuna de Residencia:

Región de Residencia:

Profesión u ocupación:

ESCOLARIDAD

1. ¿Qué nivel de educación tiene usted?

- Ninguna
- Enseñanza básica Incompleta
- Enseñanza básica completa
- Enseñanza media Incompleta
- Enseñanza media completa
- Educación técnico profesional
- Educación superior completa
- Educación superior Incompleta

Total de años de estudios completados

2. ¿Cuál es el último año que cursó en forma completa?

SALUD GENERAL

3. ¿Le han diagnosticado alguna vez alguna de las siguientes enfermedades?

- Ninguna
 - Diabetes
 - Hipertensión arterial
 - Otra cardiopatía
 - Epilepsia
 - ERA o C
 - Trastorno neurológico
 - Inmunosupresión
 - Trastorno de salud mental
 - Otra
- ¿Cuál?:

4. ¿Usa usted algún medicamento en forma permanente?

- No
 - Sí
- ¿Cuál o cuáles?:

UTILIZACIÓN DE SERVICIOS ODONTOLÓGICO

5. ¿Ha consultado al dentista alguna vez?

- Sí
- No

6. ¿Cuándo fue la última vez que fue al dentista?

- nunca
- menos de 3 meses
- menos de 6 meses, más de 3 meses
- menos de 1 año, más de 6 meses
- menos de 2 años, más de 1 año
- más de 2 años

7. ¿Cuál fue el motivo de la última consulta?

- Control
 - Dolor
 - Caries
 - Sangramiento de encías
 - Otro
- ¿Cuál?

8. ¿Con qué frecuencia consulta al dentista?

- Cada 3 meses
- Cada 6 meses
- 1 vez al año
- Nunca
- Está en tratamiento
- Solo consulta cuando tiene algún problema

9. ¿Cuándo va al dentista, dónde consulta?

- Consultorio
- Iaspre
- Centro Médico
- Beneficencia
- Consulta particular
- Escuela dental
- Otro

HIGIENE ORAL

11. ¿Realiza algún tipo de aseo en su boca?

Sí
 No

12. Si respondió positivamente, ¿con qué elementos?

Cepillo
 Seda
 Pañico
 Colutorio
 Otro
¿Cuál?:

13. ¿Con qué frecuencia limpia su boca?

menos de 1 vez al día (en promedio en la semana)
 1 vez al día
 2 veces al día
 3 o más veces al día

14. ¿En qué ocasión limpia su boca?

Al levantarse
 Después de desayuno
 Después de almuerzo
 Después de cena
 Al acostarse

USO Y ASEO DE PROTESIS

15. ¿Usa usted prótesis?

Sí
 No

16. ¿Hace cuánto tiempo tiene esa(s) prótesis?

menos de 5 años
 más de 5 años
 no recuerda

17. ¿Usa su(s) prótesis en forma permanente durante todo el día?

Sí
 No

18. ¿Usted duerme con su(s) prótesis?

Sí
 No

19. ¿Usted lava su(s) prótesis?

Sí
 No

20. ¿Con qué elemento(s) lava su(s) prótesis?

Cepillo de prótesis
 Cepillo de dientes
 Sólo agua
 Pasta de dientes

« Mantén tus pensamientos positivos, porque tus pensamientos se convierten en tus palabras.
Mantén tus palabras positivas, porque tus palabras se convierten en tus acciones.
Mantén tus acciones positivas, porque tus acciones se convierten en tus hábitos
Mantén tus hábitos positivos, porque tus hábitos se convierten en tus valores.
Mantén tus valores positivos, porque tus valores se convierten en tu destino»

Gandhi