



UNIVERSIDAD DE LOS ANDES  
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA  
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION  
“PROFESOR JOSE TONA ROMERO”

CUIDADO Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD BUCAL EN EL MARCO DE  
LA CRISIS ECONÓMICA EN UN GRUPO DE TRABAJADORES  
VENEZOLANOS: BARINAS-MERIDA AÑO 2021

Trabajo Especial de Grado para optar al título de Odontólogo

[www.bdigital.ula.ve](http://www.bdigital.ula.ve)

Autor: Ana Parrillo

Tutor: Dra. Yajaira Romero

Mérida – Venezuela, junio 2021

## ÍNDICE DE CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS .....	¡Error! Marcador no definido.
ÍNDICE DE CONTENIDO .....	ii
RESUMEN.....	v
INTRODUCCIÓN .....	2
CAPÍTULO I.....	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	4
1.1 Definición y contextualización del problema .....	4
1.3 Objetivos de la investigación .....	7
1.3.1 Objetivo general.....	¡Error! Marcador no definido.
1.6 Justificación .....	7
CAPÍTULO II .....	8
MARCO TEÓRICO.....	8
2.1 Antecedentes y bases conceptuales.....	8
CAPÍTULO III.....	18
MARCO METODOLÓGICO.....	18
3.1 Tipo de investigación .....	18
3.2 Población y muestra .....	19
3.2.1 Población .....	19
3.2.2 Muestra .....	19
3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	23
CAPÍTULO IV.....	25
RESULTADOS.....	25
4.1 Presentación de los resultados.....	25
4.2 Categorías de análisis.....	25
CAPÍTULO V .....	36
CONCLUSION Y RECOMENDACIONES .....	¡Error! Marcador no definido.

5.1 Conclusiones y recomendaciones .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
REFERENCIAS.....	38
APÉNDICE A.....	46

[www.bdigital.ula.ve](http://www.bdigital.ula.ve)



UNIVERSIDAD DE LOS ANDES  
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA  
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION  
“PROFESOR JOSE TONA ROMERO”

## **CUIDADO Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD BUCAL EN EL MARCO DE LA CRISIS ECONÓMICA EN UN GRUPO DE TRABAJADORES VENEZOLANOS: BARINAS-MERIDA**

Trabajo Especial de Grado para optar al título de Odontólogo

Autor: Ana Parrillo  
Tutor: Dra. Yajaira Romero  
Mérida - Venezuela, junio 2021

### **RESUMEN**

Durante las últimas décadas se ha incrementado el reconocimiento de la salud bucal, como un componente fundamental de la salud integral de la población, entre las principales medidas de prevención destaca la consulta periódica y el trabajo educativo. En el caso de Venezuela, la crisis económica y política ha afectado todos los ámbitos de la sociedad, expresado en la imposibilidad de acceder a servicios odontológicos afectando así de manera directa el estado de salud bucal de los venezolanos. **Objetivo:** el objetivo de esta investigación es analizar el cuidado y mantenimiento de la salud bucal en el marco de la crisis económica en un grupo de trabajadores venezolanos: Barinas-Mérida **Metodología:** esta investigación es de tipo descriptivo con un diseño transversal, la recolección de la información se realizó ejecutando técnicas cualitativas, empleando el contacto directo con las unidades de estudio, el diseño es de campo con perspectiva temporal y transeccional contemporáneo y la organización de los datos fue multieventual, ya que se estudiaron varias características de un evento, la población de estudio fue un grupo de trabajadores procedentes de los estados Mérida y Barinas, la técnica de muestreo fue intencional y el tamaño de la muestra se definió hasta lograr el principio de saturación. **Resultados:** Los participantes describen como eran sus condiciones de vida antes de la crisis económica, algunos de ellos con los mismos empleos que tienen ahora, podían cubrir los gastos personales y del grupo familiar y garantizar acceso a la educación y a los servicios básicos como es el caso de la atención en salud

**Discusión:** Se evidencia que los participantes reconocen la importancia de la higiene bucal, principalmente el uso de cepillo dental y la crema dental, enjuague e hilo dental. Sin embargo, su situación económica, como empleados del sector público, les impide llevar a cabo esas prácticas de forma regular. **Conclusiones:** Se encontró que existe una asociación entre la salud bucal y la situación socioeconómica del país. Los participantes le atribuyen a la situación socioeconómica de los últimos años la causa de la precaria salud bucal, en particular, y de la población, en general.

**Palabras Clave:** salud bucal, salud integral, mantenimiento de la salud bucal

[www.bdigital.ula.ve](http://www.bdigital.ula.ve)

## INTRODUCCIÓN

Durante las últimas décadas se ha incrementado el reconocimiento de la salud bucal como un componente fundamental de la salud integral de la población. De igual forma, el mayor desarrollo de estudios epidemiológicos para la configuración de los perfiles poblacionales de salud-enfermedad bucal, han puesto en evidencia la necesidad de fortalecer las medidas preventivas para enfermedades como la caries dental, el cáncer bucal y la enfermedad periodontal.

Entre las principales medidas de prevención en la literatura destacan el fomento de la higiene bucal, las aplicaciones tópicas de fluoruros, la consulta periódica con el odontólogo, el trabajo educativo para la erradicación de hábitos nocivos como el tabaquismo y más recientemente el movimiento que se está impulsando desde Europa y Nueva Zelanda para disminuir la producción de bebidas y alimentos azucarados. Todo ello enmarcado en condiciones de vida que posibiliten el bienestar y el desarrollo integral de los individuos y la sociedad.

En el caso de Venezuela, la crisis económica y política ha afectado profundamente todos los ámbitos de la sociedad principalmente la calidad de vida, bienestar y la salud de sus habitantes, expresado en la imposibilidad de acceder a servicios básicos fundamentales como la alimentación, agua potable, electricidad, gas doméstico y combustible. De igual forma, el sistema de salud se encuentra sin capacidad operativa para brindar los servicios básicos de atención en salud. Los servicios de salud privados se han visto en la necesidad de establecer un sistema de costos que no están al alcance de la mayoría de la población como consecuencia del desempleo, la desaparición del salario y la hiperinflación.

En este contexto, la salud bucal es uno de los componentes de la salud que puede resultar gravemente afectado con la acentuación de la calidad de vida de la población. Pese a ello, no se tiene conocimiento de estudios realizados que aborden los efectos que ha ocasionado sobre la salud bucal la crisis actual que se vive en Venezuela. En este sentido, esta investigación tuvo como objetivo analizar el cuidado y

mantenimiento de la salud bucal en el marco de la crisis económica en un grupo de trabajadores venezolanos.

El informe se encuentra estructurado en cinco capítulos.

En el primer capítulo se presenta la identificación y delimitación del evento en estudio, el objetivo general y los principales argumentos que justifican la realización de la investigación.

El segundo capítulo contiene una síntesis de los principales estudios incluidos como antecedentes, conjuntamente a las bases teóricas

El marco metodológico se describe en el capítulo tercero. Se define el tipo y diseño de investigación

El cuarto capítulo se realizara la categorización, se desarrollara el análisis y discusión de los resultados

El quinto capítulo contiene las conclusiones de la investigación con las recomendaciones

[www.bdigital.ula.ve](http://www.bdigital.ula.ve)

# CAPÍTULO I

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 1.1 Definición y contextualización del problema

Según la definición del Grupo de Interés Global de Salud Bucal del Consorcio de Universidades para la Salud (GOHIG), la salud bucal mundial tiene como objetivo lograr una salud óptima para todas las personas y la eliminación de las desigualdades, mediante la promoción, la prevención de enfermedades, adecuados cuidados que se consideren determinantes, y que se reconozca la salud bucal como parte de la salud general<sup>1</sup>, incluyendo la integración, la atención primaria, la racionalización de los esfuerzos para prevenir y controlar las enfermedades bucales<sup>2,3</sup>. Los dientes y la boca son una parte integral del cuerpo, apoyando y habilitando las funciones humanas esenciales, siendo esta una característica fundamental de la identidad personal<sup>4,5</sup>. A pesar de ser en gran parte prevenibles, las enfermedades bucales son muy prevalentes a lo largo de la vida y tienen efectos negativos sustanciales en las personas, las comunidades y la sociedad en general, son un problema de salud pública mundial, con especial preocupación por su creciente prevalencia en muchos países de ingresos bajos y medios<sup>6,7</sup>.

Diversos estudios basados en la población encontraron que la prevalencia de 4 semanas de dolor asociado a estructuras dentales es del 26% en el Reino Unido<sup>8</sup> y 53% en Canadá<sup>9</sup>, un informe realizado en Brasil en el año 2012, estimó que casi el 25% de la población adulta había experimentado dolor asociado a las estructuras dentales en los últimos 6 meses<sup>10</sup>. Tal es el caso de Estados Unidos que es un buen ejemplo, donde la atención odontológica dirigida a adultos de bajos ingresos tiene una financiación pública mínima. El resultado es que muchos pacientes esperan hasta que sus problemas dentales se vuelven dolorosos o se desarrollen afecciones graves,



lo que los lleva a los departamentos de emergencia de los hospitales para recibir atención urgente<sup>11</sup>.

Un estudio a nivel nacional realizado en Canadá encontró que los problemas relacionados con la Odontología resultaban en un promedio de 3-5 horas de tiempo de trabajo perdido por persona durante el año, lo que se suma a un total nacional de 40 millones de horas de trabajo perdidas, que se estimó en una pérdida de productividad de más de 1.000 millones de dólares canadienses. Dicho estudio realizado en los EE.UU ha sugerido los efectos beneficiosos de una buena salud bucal sobre los trabajadores se verá reflejada de manera positiva sobre la capacidad de generar ingresos al mercado laboral<sup>12</sup>, mientras que un estudio realizado en Australia encontraron que el 9% de los empleados perdían uno o más días al año, a consecuencia de problemas relacionados con inconvenientes bucales esto afecto el costo de productividad en un AUS \$660 millones<sup>13</sup>, en una encuesta realizada a un grupo de trabajadores en Brasil<sup>14</sup> informaron que el dolor bucal llevó a que el 15% de los encuestados se ausentaran del trabajo en los 6 meses previos a la encuestas<sup>15</sup>.

Sobre la situación epidemiológica de la salud bucal en la población venezolana, el último estudio nacional fue realizado en el año 2008, entre otros resultados, destaca el promedio de dientes afectados por la enfermedad caries dental en la población adulta. En edad productiva, entre los 25 y 75 años el CPO va de 5.81 a 23,66, cifras que resultan de una gravedad significativa, siendo la salud bucal un importante componente de la calidad de vida de la población.<sup>16-18</sup>.

En años recientes, Venezuela ha presentado un escenario volátil y de gran incertidumbre caracterizado por un continuo debilitamiento de la institucionalidad y la cohesión social de los venezolanos<sup>19</sup>, sumando la incorporación de modelos de contención de costos y desarrollo de sistemas de protección social, entre otros procesos a veces divergentes<sup>20</sup>. Las condiciones sociales se han deteriorado rápidamente, con un nivel de pobreza que, según el Instituto Nacional de Estadísticas, alcanzó a un tercio de la población (33,1%) en el primer semestre de 2015 y aumentó a 82% de los hogares en 2016<sup>21</sup>. La pérdida del poder adquisitivo y la acentuada escasez de alimentos básicos -29,4% en marzo de 2014, último registro oficial del

Banco Central de Venezuela impactaron negativamente en la situación alimentaria y nutricional de la población con cambios bruscos en los patrones de alimentación y pérdida de peso significativa<sup>22</sup>. Las políticas de regulación de precios, desplazamiento del sector privado en la cadena productiva y delegación del control de la logística de la producción nacional a la Fuerza Armada Nacional Bolivariana (FANB) no han resuelto el problema de la escasez y han contribuido a consolidar el mercado negro de productos de la canasta básica, cuyos precios en mayo de 2017 superaban en más de 7.000% a los precios controlados<sup>19,23-25</sup>, más el endeudamiento y sucesivas devaluaciones de la moneda, altos volúmenes de importación y extenso sector informal en el mercado de trabajo<sup>26</sup>.

Con la reducción del gasto público en salud en años recientes, los hogares venezolanos han tenido que asumir una mayor participación en los gastos de salud. Consecuentemente, el gasto directo o gasto de bolsillo solo ha tendido a crecer, alcanzando el 64% del gasto total en salud en 2014<sup>27</sup>, siendo este el más alto de la región de las Américas y se ubica entre los mayores del mundo<sup>28, 29</sup>. Por otra parte, cifras más recientes revelan que, en 2014, la mitad de los venezolanos no tenía seguro médico (50,6%); 22% estaban afiliados al Instituto Venezolano de Seguro Social (IVSS), un 4,7% eran asociados a otro régimen contributivo público y un 16,2% disponía de seguro privado<sup>30</sup>. No obstante, aún es muy elevada la proporción de venezolanos que depende exclusivamente del sector público, cuyas condiciones de deterioro y desabastecimiento los coloca en situación de desprotección, forzándolos, muchas veces, a gastar de su propio bolsillo para acceder a los servicios de salud<sup>31, 32</sup>.

En los diferentes informes nacionales e internacionales<sup>33-36</sup>, que se han elaborado sobre la crisis venezolana y sus repercusiones en la prestación de los servicios de salud a la población, destaca la falta de información acerca de lo que está ocurriendo con relación a los servicios odontológicos en la red asistencial pública, que para el año 2010, antes de entrar en la etapa crítica en Venezuela, estaba siendo utilizada por el 35,8% de la población<sup>37</sup>, así como en los servicios privados que también han sido impactados por la catástrofe nacional<sup>38</sup>. Sin embargo, actualmente

estos servicios no están abiertos para el público en general o no ofrecen la asistencia adecuada, por falta de insumos, escasez de medicamentos y diagnóstico<sup>60</sup>.

## **1.2 Objetivo de la investigación**

El objetivo de esta investigación es analizar el cuidado y mantenimiento de la salud bucal en el marco de la crisis económica en un grupo de trabajadores venezolanos: Barinas-Mérida.

## **1.3 Justificación**

La superación de todos los problemas que ha generado la crisis económica y política en la sociedad venezolana requiere tomar como punto de partida el cabal conocimiento del impacto que la misma ha tenido en la realidad cotidiana de la población, ya que cualquier acción de tratamiento, prevención o de planificación que se pretenda formular, debería estar atenta a los valores, actitudes y creencias de los grupos a quienes la acción se dirige<sup>39</sup>. En este sentido, los resultados obtenidos en la presente investigación se constituyen en un aporte para el diseño de futuras intervenciones en el propósito de reconstruir significados y valoraciones sobre el cuidado y mantenimiento de la salud bucal en la clase trabajadora venezolana que padece la actual catástrofe social.

Por otra parte, cada día existen más autores e investigaciones que plantean la necesidad de incluir en la investigación en salud la perspectiva de los pacientes hacia quienes se dirige las acciones en salud<sup>40</sup>, Incorporando las herramientas desarrolladas desde las Ciencias Sociales para el estudio de atributos y cualidades, y en consecuencia para el tratamiento y análisis de datos cualitativos. En este sentido, desde el punto de vista metodológico esta investigación constituye un aporte en la construcción de conocimiento científico en torno a la salud-enfermedad bucal incorporando procedimientos cualitativos.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1 Antecedentes y bases conceptuales**

##### **2.2 Determinantes sociales de la salud**

Durante las últimas décadas se ha consolidado progresivamente el reconocimiento de la influencia que ejercen las condiciones políticas, económicas, sociales, culturales, históricas y ambientales sobre la salud y el bienestar de los colectivos humanos. Estos elementos explicativos en torno a la salud y la enfermedad no son recientes, han estado presentes en la salud pública desde su constitución como disciplina moderna desde finales del siglo XVIII, solo que con un posicionamiento subalterno.

A partir del 2005 con la creación de la Comisión de Determinantes Sociales (CDSS) auspiciada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) se ha fomentado nuevamente la vigencia de esta perspectiva teórica en la búsqueda de propuestas que permitan alcanzar la equidad sanitaria en el mundo, pues la reducción de las inequidades en salud requerirá soluciones que aborden sus causas profundas<sup>41,42</sup>.

En torno a los determinantes sociales se pueden identificar dos perspectivas diferentes. La primera de ellas es la planteada por el Movimiento Latinoamericano de Medicina Social (MLMS) según la cual la determinación social de la salud-enfermedad es el resultado de las condiciones de vida históricamente determinadas, que dependen de las formas de organización social de la producción y que generan diferencias en la calidad de vida de los grupos humanos. En este sentido, comprende que los grupos de cada clase social, de acuerdo a su modo de inserción en la esfera productiva, a sus patrones de consumo, a sus formas específicas de organización e interacción, su cultura, su contexto histórico y su relación con el medio ambiente, pueden soportarse en fuerzas positivas que protegen su salud y les permiten avanzar

durante su ciclo vital con calidad de vida, o, al contrario, afrontar procesos destructivos que los constriñen y deterioran<sup>43</sup>.

Y la segunda de ellas es la planteada por la OMS donde define los determinantes sociales de la salud como: “las condiciones en las que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, y el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que configuran las condiciones de la vida diaria. Esto incluyen políticas y sistemas económicos, agendas de desarrollo, normas sociales, políticas sociales y sistemas políticos<sup>44</sup>.”

Además de ello, para CDSS los determinantes sociales de la salud incluyen factores como los ingresos, el apoyo social, el desarrollo de la primera infancia, la educación, el empleo, la vivienda y el género<sup>45</sup>.

Esta perspectiva teórica asumida en años recientes por la OMS como eje orientador de las políticas y acciones en salud, constituye un avance en la superación del tradicional enfoque exclusivamente biologicista. Sin embargo, se presenta diferencias en cuanto al origen de las desigualdades y la inequidad para superar las acciones política, marcándose una diferencia con los planteamientos del MLMS. Dicho esto, nos referimos a la acción política el medio que nos ayudara a superar las desigualdades sociales, la CDSS poniendo mayor énfasis en la acción intersectorial, la participación y el empoderamiento social y la buena gobernanza nacional e internacional para las políticas públicas. Por su parte, el énfasis del MLMS es sobre los procesos de transformación de las relaciones sociales en la dirección de superar las formas de explotación y opresión que conducen a modos de vida injustos<sup>43</sup>.

A pesar de las diferencias de enfoques que existen en torno a los determinantes sociales de la salud, el auge que ha tenido la discusión sobre el papel de las condiciones de vida de los grupos humanos en la determinación de la salud-enfermedad, es una invitación obligada a la reflexión y discusión en todos los procesos investigativos en salud.

### **Panorama socioeconómico latinoamericano**

La injusticia social, disparidades en salud y desigualdades económicas han sido durante mucho tiempo características distintivas de América Latina<sup>46</sup>. El panorama es desalentador, la región muestra los índices de desigualdad más altos en el mundo además de esto, la pobreza persiste como uno de los problemas de más difícil reducción, junto a un creciente problema de segmentación de los servicios de salud, lo cual genera en los individuos una mayor percepción de exclusión e inequidad, esta situación es considerada como uno de los principales obstáculos para la reducción de barreras en el acceso a servicios de salud y lograr, por lo tanto, una cobertura universal<sup>47,48</sup>.

Por otra parte, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) en su informe de Panorama Social evidenció que para 2013, en el marco de una tendencia a la desaceleración de la economía regional, es decir, una menor magnitud del crecimiento en comparación con el observado en la década anterior y que ha estado ocurriendo desde 2010; no hubo una reducción significativa en la tasa de pobreza por ingresos desde 2012, la cual estuvo alrededor del 28,1% de la población. Es significativa que el porcentaje de disminución se mantuvo sin diferencias importantes respecto a los niveles observados en 2013, los cuales estuvieron en torno al 28%<sup>49</sup>. Los problemas persisten, y cada vez más se hace necesario que los países unifiquen sus esfuerzos para lograr establecer mecanismos intersectoriales lo suficientemente eficaces para mostrar resultados positivos.

### **Sistema de salud en Venezuela: ¿pacientes sin atención?**

En términos generales, varios factores caracterizan a la economía venezolana, entre ellos: elevada dependencia de la renta petrolera, poca diversificación del aparato productivo, amplia volatilidad del gasto público, el endeudamiento y sucesivas devaluaciones de la moneda, altos volúmenes de importación y extenso sector informal en el mercado de trabajo. En su lugar, el origen radica en el desgaste del modelo de desarrollo implementado por casi dos décadas, sustentado en una política económica inconsistente<sup>50</sup>.

El financiamiento del sistema de salud funciona de la siguiente manera: el Ministerio para la Salud, así como una parte de sus políticas, se invierten con recursos fiscales del presupuesto general; la Misión Barrio Adentro (MBA) lo hace con recursos extraordinarios, procedentes de la explotación del petróleo. En lo que respecta a los seguros sociales, el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS) recibe contribuciones sociales, tanto de los trabajadores (entre el 2% y el 4% del salario), como de los empleadores (entre el 11% y el 13% del salario), además de transferencias del gobierno central (como mínimo, el equivalente a un 1,5% del salario de los contribuyentes cubiertos)<sup>50</sup>.

Los otros sistemas de seguro social, vinculados a determinadas profesiones y ocupaciones, entre ellos el instituto de Previsión Social de las Fuerzas Armadas (IPSFA), Instituto de Previsión del Ministerio de Educación, Cultura y Deportes (IPASME) y las universidades, también se financian a través de sus contribuyentes y del Estado. En todo el período junto a Argentina, Venezuela es el único país del grupo que redujo su gasto público<sup>50</sup>.

Cabe señalar que, desde 2003, el Poder Ejecutivo, por medio de nuevos instrumentos legales y modificaciones de leyes existentes, creó mecanismos y fondos con recursos financieros provenientes de la transferencia de reservas internacionales “excedentarias” y de la empresa pública Petróleos de Venezuela (PDVSA) para financiar directa e indirectamente el gasto social en el país. De ese modo, la oscilación favorable de los precios del petróleo permitió la ampliación del gasto en salud con recursos extrapresupuestarios, promediando 42,9% del total de gasto entre 2003 y 2011. No obstante, desde ese año, con la caída de los precios del crudo, la consecuente merma de los recursos disponibles, y la grave crisis económica que atraviesa el país, el gasto en salud muestra una tendencia a la disminución del gasto público (que fue apenas 29,3% del gasto total en salud en 2014) y al aumento del gasto privado, como acontecía en la década de los noventa<sup>51</sup>.

Por otra parte, a pesar de los esfuerzos para aumentar el gasto público en salud, ese sector continuó presentando una baja prioridad fiscal, una vez que los recursos asignados no alcanzaron ni un décimo del gasto total del gobierno en todo el período

(1995-2014). Además de asignar presupuestos deficitarios, el uso de fondos extrapresupuestarios por parte del Poder Ejecutivo ha sido discrecional y opaco, dado que estos no son sometidos a rendición de cuentas. Adicionalmente, este tipo de fuentes imprimió una elevada vulnerabilidad al gasto social en general<sup>51</sup>, y en salud en particular, manifestada en las reducciones acontecidas ante la baja temporal de los precios del petróleo.

Según datos de la OMS, el gasto total en salud con relación al producto interno bruto (PIB) en Venezuela no ha experimentado incrementos sensibles en los últimos veinte años. Entre 1995 y 2014, el gasto en salud fluctuó entre 4% y 5,8% del PIB total, registrando ese menor valor en 2008, período de crisis económica. De hecho, la serie histórica empieza y termina prácticamente en el mismo nivel de gasto, que para el período promedió 4,9% del PIB<sup>52</sup>.

No obstante, al examinar el gasto en salud per cápita se aprecia otra realidad. En el mismo período se registró un aumento de 52% del gasto en salud por habitante el comportamiento del PIB per cápita fue fuertemente impactado por las crisis de 2001-2003 y de 2008<sup>52</sup>.

El gasto en salud en Venezuela se caracteriza por ser primordialmente privado. Si bien la evolución de la composición del gasto en salud muestra que hubo un aumento del gasto público desde finales de la década de los noventa, y hasta el período de crisis de 2008, el gasto público en salud nunca superó al gasto privado. Frente al resto de Suramérica, Venezuela muestra el menor gasto público una vez que los gastos directos actúan, en gran medida, como una barrera al acceso a los servicios de salud, dificultando la obtención de servicios preventivos y curativos cuando son necesarios. Además, los gastos directos dependen del poder adquisitivo de cada individuo y, en consecuencia, quedan fuera de toda lógica referente a la solidaridad o a la diversificación de riesgos. Por lo tanto, el gasto de bolsillo, principal fuente de recursos del sistema de salud de Venezuela, es un mecanismo de financiación ineficiente e injusta<sup>52</sup>.

El informe elaborado por *Human Rights Watch*, el Centro de Salud Humanitaria y el Centro de Salud Pública y Derechos Humanos de la Escuela de Salud Pública



*Johns Hopkins Bloomberg* para la Organización de Naciones Unidas publicado en abril del 2019, reconoce para el escenario internacional que Venezuela enfrenta una emergencia humanitaria compleja y que las políticas sociales implementadas por el gobierno han tenido un exiguu impacto en la población<sup>52</sup>.

### **Efectos de la crisis económica sobre la atención odontológica**

En cuanto a las enfermedades bucales se afirma que es un tema desatendido y rara vez visto como una prioridad en las políticas de salud. En Venezuela la situación del componente bucal de la salud, presenta rasgos excepcionales que ameritan un análisis particular, por la grave crisis que enfrenta la nación como resultado de políticas económicas y sociales inadecuadas<sup>53</sup>.

Una de las recomendaciones en relación con servicios de salud preventiva para adultos es realizar por lo menos una consulta preventiva por año. Sin embargo, el promedio anual de consultas preventivas está alrededor de 20%, lo que representa una brecha significativa con respecto a lo que debería ser un modelo de atención preventiva<sup>41,42,64</sup>.

Al incluir el estado en que se encuentran los servicios odontológicos, el diagnóstico de la capacidad operativa de los equipos, las deficiencias en el suministro de materiales odontológicos, identificar las necesidades del personal a consecuencia del éxodo de profesionales que ha ocasionado la crisis. Toda esta información debe ser incorporada en los informes de las organizaciones no gubernamentales, nacionales e internacionales que están alertando al mundo sobre la realidad venezolana<sup>54</sup>.

### **La salud bucal en Venezuela**

En Venezuela, los estudios epidemiológicos para el componente bucal de la salud se inician en el año 1967 con el Estudio para la Planificación Integral de la Odontología (EPIO)<sup>55</sup>, posteriormente, el Proyecto Venezuela, en el año 1987 y más recientemente el perfil socio-epidemiológico de las etnias venezolanas, cuyos resultados fueron publicados en el año 2008. Todos ellos indican que el perfil epidemiológico para el componente bucal de la salud tiene en Venezuela la misma

conformación que para otros países del mundo, siendo la principal patología la caries dental, seguida por la enfermedad periodontal.

La población adulta en edades comprendidas entre los 25 y 75 años el CPO va de 5,81 a 23,66, cifras que resultan de una gravedad significativa, siendo la salud bucal un importante componente de la calidad de vida. Para el total de la población venezolana el índice de CPO obtenido en dicho estudio se ubicó en 6,89<sup>56</sup>.

Otro aspecto resaltante en este estudio, es el porcentaje de la población con necesidades protésicas insatisfechas, que para los trabajadores indígenas se ubica en 47,7%, seguido del proletariado informal con 32,83%. Mientras que el valor más bajo corresponde a la clase social con más altos ingresos, de la cual solo 20,51% presentan necesidades protésicas insatisfechas, lo cual evidencia que quienes pueden hacer mayor gasto de bolsillo, son los que tienen acceso a la atención odontológica restaurativa<sup>57</sup>.

En cuanto a las políticas de salud bucal impulsadas por el gobierno nacional, conjuntamente con la Misión Barrio Adentro, se puso en marcha Barrio Adentro Odontológico y para el año 2006 la Misión Sonrisa, que debería encargarse de la rehabilitación protésica de los pacientes edentulos a través de una red de consultorios, clínicas populares y Centros de Diagnóstico Integral, que suman 26 Servicios de Atención Odontológica en todo el territorio nacional, según lo señala la Memoria y Cuenta del Ministerio de Salud publicada en el año 2015<sup>58,59</sup>. Sin embargo, actualmente estos servicios no están abiertos para el público en general o no ofrecen la asistencia adecuada, por falta de insumos, escasez de medicamentos y productos básicos de salud, la falta de servicios públicos (electricidad y agua), y la emigración de personal.

En los diferentes informes nacionales e internacionales que se han elaborado sobre la crisis venezolana y sus repercusiones en la prestación de los servicios de salud a la población, destaca la falta de información acerca de lo que está ocurriendo con relación a los servicios odontológicos en la red asistencial pública, que es la utilizada por el 85,8% de la población, así como en los servicios privados que también han sido impactados por la catástrofe nacional<sup>60</sup>.

### **Complicaciones epidemiológicas para la salud bucal en Venezuela**

La crisis que atraviesa Venezuela ha afectado directamente el poder adquisitivo de la familia venezolana y en consecuencia sus posibilidades de cubrir las necesidades básicas, como es el caso de la nutrición. Para el año 2017 el 87% de los venezolanos vive en condiciones de pobreza por ingreso. El 64% de los venezolanos ha perdido unos 11 kilos de peso entre 2006 y 2017 por el acelerado deterioro de la ingesta de alimentos en la cantidad y calidad necesaria, siendo más afectados los niños y las mujeres. La calidad de la dieta ha empeorado significativamente.

Cualquier alteración del estado nutricional puede afectar el desarrollo de las estructuras bucales si se presenta a edad temprana, como está ocurriendo con la infancia venezolana, Lo que significa un retroceso con relación a los avances logrados en la disminución de la prevalencia de caries dental que se habían alcanzado en el año 2008.

Otro problema emergente para la salud colectiva relativa al componente bucal, se refiere al abandono de los controles con el especialista de pacientes que estaban recibiendo tratamientos, a causa del acelerado empobrecimiento de las familias venezolanas, así como el elevado incremento de los costos para la atención a la salud<sup>60</sup>.

### **Cambios en el poder adquisitivo**

Para los años 2017 y 2018, se vio el agravamiento de la crisis con el penoso protagonismo de una hiperinflación que ha roto varias marcas históricas en el mundo<sup>61,65</sup>. Aunado a esto, el valor del dólar paralelo (que sirve para fijar casi todos los precios de la economía) se incrementó en más de 65.448 por ciento en el año 2018, lo cual ha desintegrado por completo el poder adquisitivo de la población asalariada.

El salario real para el período 2006-2018 disminuyó en un 93,58 por ciento. Para el período 2013-2018 descendió en 90 por ciento. La carestía de bienes básicos también fue consecuencia de una vigorosa exportación de capitales que restó

capacidad de inversión productiva, gracias a una enorme sobrevaluación de la moneda<sup>61</sup>.

Se refleja la caída en 90 por ciento, entre 2016 y 2018 (octubre), del Ingreso Mínimo Legal (IML) (salario más bono de alimentación), que recibe la clase obrera en el país. Nunca antes se vivió una destrucción salarial tan profunda e inexorable. Los sueldos son tan bajos que no alcanzan para pagar el transporte requerido para ir a la oficina, fábrica, taller, tienda u otro lugar a prestar servicios. Las renunciaciones son masivas, y el éxodo de venezolanos que sale a buscar trabajo en otras partes del mundo ya ronda los cuatro millones<sup>61</sup>.

La única esperanza de muchos es recibir alguna remesa desde el extranjero. Si medimos el IML en dólares, a través de recoger data relativa al dólar paralelo, vemos algunas cosas sugestivas, como que apenas en el año 2001 (con libre cambio) el salario en divisas en Venezuela era de los más altos de América Latina, llegando a estar por los 400 dólares al mes<sup>61</sup>.

En pleno control de cambio (2004) el ingreso mínimo legal alcanzaba a los 315 dólares y hasta el 2011 sobrepasaba los 250 dólares mensuales. Hasta octubre de 2018, es de hacer notar que este mismo indicador ahora refleja apenas 10,37 dólares al mes, lo que no es más que el reflejo de una caída del 97 por ciento con respecto al cercano 2013, primer año de la presidencia de Nicolás Maduro<sup>61</sup>.

### **Costo de la canasta alimentaria**

Hace un tiempo (en el 2014), el gobierno, a través del Instituto Nacional de Estadística (INE), publicaba el coste mensual de la Canasta Alimentaria Familiar (CAF) con detalle específico de los rubros que conseguían en sus revisiones. Que tomaban en cuenta el precio más bajo encontrado, que generalmente era el precio rígidamente regulado por el Estado. Desde ese lejano 2014, el gobierno ha dejado de publicar ese muy subestimado indicador, ya que la brecha entre el salario y la CAF día a día se ampliaba con inusitado vigor. Según la Constitución de la República es obligación del Estado velar porque el salario cubra la CAF, al menos, ya que en el deber ser el salario debería propender a la cobertura de la Canasta Basita Alimentaria (CBA).

Se quiso traer a esta investigación el resultado de una especie de grupo de enfoque realizado con diversos sindicalistas de base en julio de 2018, de muy humilde ingreso, que orientados metodológicamente por investigadores del Centro de Investigación y Formación Obrera, lograron hacer un recuento general de precios y plasmar en un ejercicio de investigación el equivalente monetario a lo que debería ser una CAF moderada, pero que cumpliera sanamente con los requerimientos alimenticios más esenciales para una familia tipo (según el último Censo Poblacional del INE esto equivale a 4,7 personas por hogar). Para realizar este facsímil razonable de CAF y CBA, se organizaron cinco grupos de trabajo. Colocó el resultado de esta faena excluyendo a los dos grupos que encontraron valores extremos y añadiendo los resultados de la investigación profesional del Cendas.

Se puede apreciar que se realizaron dos cálculos relativos a la CAF, en uno de ellos se utilizó la metodología del INE y en otro se empleó un método más informal de medición de los alimentos requeridos por una familia de consumo moderado. Como era de esperarse, los resultados son bastante diversos, aunque destacan por su enorme contundencia. Se podrían sintetizar de esta manera el Ingreso Mínimo Legal (IML), cubre apenas entre el 1,16 por ciento y el 2 por ciento de la CAF. Si se toma el método ofrecido por el INE, el IML apenas llegaría a cubrir el 3,79 por ciento en el mejor de los casos<sup>61</sup>.

## **CAPÍTULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

#### **3.1 Tipo de investigación**

Para la definición del tipo de investigación en este estudio se asumieron los planteamientos formulados por Hurtado (2012), se ubica en el nivel descriptivo con diseño transversal y dadas las características del objeto de estudio delimitado en la presente investigación, los datos empíricos fueron trabajados con técnicas cualitativas, tanto para las estrategias de recolección, como para el análisis de la información recabada<sup>62</sup>.

#### **3.2 Diseño de investigación**

Los criterios utilizados para definir el diseño del presente estudio fueron: la fuente, la cual al recolectar la información en contacto directo con las unidades en estudio se define como primaria; el lugar en el que se estudiaron las mismas, en este caso fue una investigación de campo, ya que se abordó a los participantes en los escenarios donde transcurre su cotidianidad; la perspectiva temporal estuvo orientada a la recolección de información sobre un evento actual, y por lo tanto el diseño fue transeccional contemporáneo. En cuanto a la amplitud y organización de los datos fue un diseño multieventual, ya que se estudiaron varias de las características del evento en estudio, incorporando las categorías como unidad operativa para la organización y análisis de la información.

### 3.3 Población y muestra

3.3.1 **Población objeto de estudio:** trabajadores del sector comercio, de educación primaria y básica, cuyo único medio de sustento sea el salario que devengan por su trabajo, pertenecientes a los estados Mérida y Barinas.

3.3.2 **Técnica de Muestreo:** se trabajó con un muestreo intencionado a partir de las necesidades de información detectada con los resultados de las primeras entrevistas realizadas. Dentro del muestreo intencionado se asumió la estrategia de muestreo homogéneo ya que los participantes presentan condiciones laborales y de vida similares<sup>63</sup>.

3.3.3 **Tamaño de la muestra:** se determinó con base en las necesidades de información cuyo proceso fue guiado por el principio de saturación<sup>63</sup>, es decir, la información se recolectó hasta el punto en que ya no se obtuvo información nueva y la misma comenzó a ser redundante. Se realizaron entrevistas en profundidad a los 12 participantes del estudio.

Conformación de la muestra	
Empleados en establecimientos comerciales	2
Empleados públicos adscritos al Ministerio de Educación	4
Trabajadores por cuenta propia	2
Empleados públicos que desempeñan otra actividad económica	4
Total: 12 participantes	

#### Perfil de los participantes:

Participante N°	Perfil
1	<p>Joven de 27 años de edad, para el momento de la entrevista, trabaja como empleado de un comercio de venta de telas, se desempeña en el área de atención al público y nos indicó que por efecto de la crisis tuvo que abandonó sus estudios de ingeniería, por el poco tiempo que le quedaba para poder trabajar. Tuvo que prefirió el trabajo que el estudio, su lugar de residencia se encuentra en Mérida fue receptivo al momento de realizar la entrevista.</p>
2	<p>Joven de 23 años empleado de una tienda, se encuentra en el área de atención al público, su lugar de domicilio está ubicado en la ciudad de Mérida. Durante la entrevista se mostró muy cerrado en sus repuestas</p>
3	<p>Señora de 59 años de edad. Trabaja como secretaria en una escuela estatal de la ciudad de Mérida, con 21 años de servicio en el Ministerio de Educación. Durante la entrevista demostró mucho interés en la atención odontológica, ya que tiene problemas de salud bucal desde hace tiempo que no ha podido resolver, fue muy receptiva a la entrevista y con mucha disposición e interés en participar, su lugar residencia se encuentra en Mérida.</p>
4	<p>Señora de 56 años de edad, madre de familia y trabaja como secretaria de una institución educativa en la ciudad de Mérida, con 33 años de servicio, fue muy receptiva y dispuesta a conversar en el momento de realizar la entrevista, demostró ser muy receptiva y</p>



	dispuesta para conversar sobre su salud bucal y la de su grupo familiar, su lugar residencia se encuentra en Mérida.
5	Joven de 20 años de edad, se desempeña como trabajadora del personal de limpieza en una escuela estatal en la ciudad de Mérida, desde hace cinco meses. Fue muy receptiva al momento de la entrevista, refirió estudiar la carrera de Fonoaudiología, su lugar de residencia se encuentra en Mérida.
6	Señora de 51 años, madre soltera de dos hijos. Maestra de una escuela estatal con 24 años de servicio. Atiende 8 niños todos con discapacidad auditiva, refiere estar a cargo de la Coordinación Pedagógica de todos los profesores y las actividades para los docentes, los niños y los pasantes. Su lugar de residencia se encuentra en Mérida, en el momento de la entrevista fue muy receptiva.
7	Señora de 50 años de edad, educadora activa de un liceo en la ciudad de Barinas, con 18 años de servicio. También es peluquera de medio tiempo, refiere que es algo que le gusta hacer y una manera de tener otro ingreso económico comenta que algunos de sus clientes le han llegado a cancelar su trabajo como peluquera con comida o productos de higiene personal, también afirma que debido a la crisis ha optado por aceptar este método de pago, ya que es una manera de ayudarse. La entrevista se realizó en su domicilio que se encuentra en Barinas.
8	Señora de 34 años de edad, es profesora de matemáticas de 3er año en un liceo en la ciudad de Barinitas, por la crisis económica del país también se ha dedicado a ser bombera en una

	<p>bomba de gasolina que se encuentra cerca de su casa para poder tener otra entrada de dinero, ya que con su sueldo de profesora no puede costear muchas cosas. El lugar de residencia de la participante se encuentra en Barinas.</p>
9	<p>Señora de 49 años de edad, fue profesora de bachillerato desde hace 13 años y primaria desde hace 6 años, se vio en la obligación de abandonar la docencia porque el sueldo no le alcanzaba para nada, comenta que la situación educativa no es sencilla, ya que los alumnos se veían muy desmotivados. La participante se encuentra residenciada en Barinas.</p>
10	<p>Señora de 62 años de edad, es abogada, se desempeñó en la Defensoría del Niño por 20 años actualmente es abogado de libre ejercicio.</p> <p>Durante la entrevista estuvo presente su hija María Alexandra de 18 años estudiante de Letras. La entrevista se realizó en su domicilio en Barinas se mostró muy receptiva para el momento de la entrevista.</p>
11	<p>Señor de 58 de edad, fue profesor de Educacion básica por 9 años, se ha desempeñado como músico como segunda profesión. Señala que tuvo que abandonar la educación por los bajos sueldos y comenzó a dar clases de música a jóvenes y adultos en su propia casa, dice que tiene un mejor ingreso y que disfruta hacerlo, ya que el ir a dar clases se estaba tornando muy estresante para el participante por lo complicado del transporte, pues cuando su carro cuando se dañaba no contaba con los ingresos para arreglarlo de inmediato. la entrevista se realizó en su domicilio en Barinas.</p>

12	Señora de 52 años de edad es profesora de segundo año, la entrevista se realizó en su domicilio en Barinas, fue muy receptiva y colaboradora. Presenta ciertas enfermedades que le dificultan su trabajo como docente y además debe costear sus tratamientos, razón por la cual, paralelo a su trabajo de profesora comenzó a hacer tortas y dulces por encargo para sus compañeras del trabajo para así ayudarse un poco y tener otra entrada de dinero aparte de su sueldo el cual es muy bajo.
----	---

### 3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La entrevista en profundidad: se empleó esta técnica de recolección de información en entrevistas individuales que permitió conversar de manera exhaustiva con los participantes sobre el cuidado y mantenimiento de la salud bucal en medio de la crisis económica dichas entrevistas se iniciaron en el año 2019 hasta comienzos del año 2020.

El proceso de recolección, organización y análisis de los datos se realizó en forma simultánea con el propósito de identificar patrones y conceptos, ya que en esta investigación no se establecieron categorías preliminares. La información se registró en una grabadora de audio, y en Notas de campo, transcritas en un procesador de Word, luego utilizando el *software* Atlas Ti se procedió simultáneamente a ordenar, categorizar y analizar la información recabada. Se realizó el análisis por edición en el cual la investigadora interpretó los datos útiles para detectar unidades y segmentos significativos a partir de los cuales se desarrolló el esquema de categorización, incorporando los principios propuestos por Glaser y Strauss 1967 y citados por Polit y Hungler 2000 según el cual se pueden identificar tres niveles en el proceso de codificación<sup>63</sup>.

**Codificación de nivel I:** se trata de una categorización preliminar en la cual se identificaron las primeras categorías de análisis, en un proceso conjunto de recolección, transcripción y organización de la información.

**Codificación de nivel II:** el énfasis estuvo en identificar el contexto que dio origen a las categorías, las interacciones y relaciones que se establecen entre ellas haciendo uso de los memos o notas de campo. Una vez alcanzado el proceso de saturación en la recolección de la información y realizado la categorización correspondiente al nivel uno y dos, se avanzó al próximo nivel de codificación.

**Codificación de nivel III:** se realizó identificando e integrando las categorías más específicas en la construcción de las categorías con mayor poder explicativo, definiendo las relaciones entre estas, identificando las regularidades recurrentes; usando las teorías, los conceptos y las categorías analíticas descritas en el marco teórico. El desarrollo de este nivel de codificación, se sintetiza en la elaboración de la teoría que permitió alcanzar el objetivo planteado en esta investigación.

www.bdigital.ula.ve

## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS

#### Presentación y análisis de los resultados

##### 4.1 Categorías de análisis:

En el desarrollo y análisis de la investigación se identificaron las siguientes categorías, para alcanzar los objetivos propuestos:

Categorías de análisis	Dimensiones
1. Antes de la crisis económica	Acceso al uso cotidiano de los insumos para la higiene bucal.
	Acceso a la atención odontológica privada.
2. Crisis económica y pérdida del poder adquisitivo	Limitaciones económicas para la adquisición de insumos para la higiene bucal
	Imposibilidad de acceso a la atención odontológica privada.
3. Servicios odontológicos públicos fuera de funcionamiento	Oferta restringida de prestaciones.
	Aporte de insumos por parte de los pacientes.
	Poca confianza en los servicios odontológicos públicos.

**4.1.1. Antes de la crisis económica:** esta categoría emergió en la narrativa de la totalidad de los entrevistados, haciendo referencia a cómo eran sus condiciones de vida, de trabajo y las medidas para la higiene y mantenimiento de la salud bucal personal y familiar antes de la profundización de la crisis económica ocurrida a partir de los años 2015 y 2016:

P1: ... por la crisis económica tuve que abandonar mis estudios de ingeniería, por el poco tiempo que me quedaba para poder trabajar...tuve que preferir el trabajo que el estudio.

P3: ...mira yo te digo sinceramente esta situación que nosotros tenemos ahorita jamás y nunca la habíamos vivido...nosotros pudimos antes de la crisis comprar un apartamento y luego mi esposo quería una casa porque se cansó de vivir en apartamento y bueno logramos comprar nuestra casa y ahora escasamente podemos mantener la casa, podemos pagar la vigilancia cancelar el condominio y las cosas extras...

P7: ...por la crisis se abandonó la apariencia física la gente se ha descuidado mucho eso también influye en que la gente se deprima se sienta triste porque no te puedes arreglar no puedes comprar las cosas necesarias que uno compraba antes de la crisis para cuidarte, es muy difícil son muchas cosas que el venezolano se ha dejado de hacer con el pasar del tiempo, ahorita solo se piensa en la comida y ya...

P8: ... estamos viviendo las consecuencias de malas medidas políticas que nos afectan directamente a la población, a los trabajadores e incluso al profesional que nos dedicamos tantos años a estudiar para que nuestras carreras no sirvan de nada...

Los participantes describen cómo eran sus condiciones de vida antes de la crisis económica, algunos de ellos con los mismos empleos que tienen ahora, podían cubrir los gastos personales y del grupo familiar y garantizar acceso a la educación y a los servicios básicos cómo es el caso de la atención en salud. En cuanto al cuidado y mantenimiento de la salud bucal los participantes describen cómo antes de la crisis económica tenían acceso a la adquisición de los insumos para la higiene bucal y la atención odontológica privada.

P1: Sí, antes de la crisis iba a servicios privados y usaba *brackets* normales, yo iba todos los meses a la consulta y me hacía mis controles, pero ya no pude hacerlo más y tuve que retirarme el tratamiento.

P4: ...antes de la crisis yo estaba acostumbrada a tener una despensa de crema dental y ahora ya no la tengo... y también en mi casa siempre había enjuague bucal y el hilo dental...

P3: ...nosotros antes teníamos cómo ayudar a nuestros hijos, como te comenté los teníamos en control con un ortodoncista, que los trató a ellos, él siempre fue el médico de ellos y le arregló sus dientes que le quedaron hermosos de verdad, es decir, teníamos cómo cancelar fácilmente una consulta privada, antes de la crisis se podía y con el mismo salario porque seguimos en los mismos trabajos, pero nuestro sueldo ahora no alcanza...

P6: sí, es que tengo los senos paranasales muy contaminados sé que me tengo que hacer una limpieza y voy a tratar de hacerme eso dentro de poco, porque yo antes de esta crisis me hacía lavados con una maquina ahí en el Centro Médico Atrium, y con eso la sinusitis me repetía muy poco...

P10: ... antes descontaban del trabajo un seguro y eso cubría el área odontológica, y bueno con ese seguro era que iba al odontólogo, pero esa última ya el seguro no lo cubría y me toco pagar la consulta...

P7: ...antes de la crisis nos hacían eso gratis con el seguro, bueno, no gratis porque nosotros pagamos eso porque lo descuentan de nuestro sueldo...

La crisis ha significado para el grupo de trabajadores que participaron de esta investigación, la pérdida de la calidad de vida a la cual pudieron tener acceso anteriormente. Hasta ese momento podían cubrir las necesidades básicas personales y de su grupo familiar con su salario. Algunos tenían acceso a la atención odontológica en los servicios públicos o subvencionados como el IPASME. Para otros trabajadores los servicios de salud eran garantizados por empresas aseguradoras privadas. En el marco de la crisis, definido este período por Sutherland como el final del ciclo de expansión rentístico más reciente iniciado en el año 2014<sup>61</sup>, la pérdida de la calidad de vida de la población asalariada y la desintegración de su poder adquisitivo son la

resultante estrepitosa caída del Producto Interno Bruto, hiperinflación y una severa contracción de la economía, así como la tremenda escasez de bienes y servicios esenciales (alimentos y medicinas). Ante el severo deterioro de la calidad de vida.

#### **4.1.2 Crisis económica y pérdida del poder adquisitivo**

La crisis económica ha conducido al deterioro de las condiciones de vida de la población venezolana a niveles sin precedentes en su historia, llegando ser definida como una crisis humanitaria, caracterizada entre otras cosas, por el deterioro en el poder adquisitivo de la población<sup>67</sup>. Lo que ha conducido a que las personas establezcan prioridades al momento de adquirir los bienes y servicios indispensables para el desarrollo de la vida cotidiana.

P4: Si claro más que todo porque yo estaba acostumbrada a tener una despensa de crema dental y ya no la tengo. Y también siento que tengo que usar menos crema dental para rendirla y después llegó el momento que uno ya no la podía comprar aquí y por eso me tocó comenzar a viajar a Cúcuta y comprar esas cosas por allá y el viaje también me trae más gastos, pero es eso o no usar. Y también el dejar de usar el enjuague bucal, en mi casa siempre había enjuague bucal y el hilo dental también lo dejé de comprar, las últimas veces me lo ha enviado mi hija desde Argentina casi todo se tiene que buscar por fuera y aquí antes era porque no había y ahora que lo hay es muy costoso...

P9: ...sí claro la crisis ha influenciado muchísimo, los productos suben demasiado, el sueldo de un docente no alcanza, pero para nada, la verdad no sé cómo hacen las personas que solo dependen de un sueldo mínimo o un sueldo de profesor, es difícil llevar un hogar con todo este desequilibrio económico que hay, y es sufrido, te lo pasas preocupada, comienzas a sufrir de los nervios, no duermes bien de solo pensar cómo resolver y buscar las cosas...

P11: ...no solo la higiene bucal, también una buena alimentación ya no se come igual, no se puede comprar cosas como antes, es arrecho porque soy padre de familia y eso es una gran responsabilidad y saber que no puedas a veces lograr dar o comprar lo que necesita tu familia es muy frustrante... ya los sueldos no alcanzan para nada,



eso nos obligó a buscar otras cosas que hacer además de dar clases, yo por lo menos doy mis clases de música en casa con eso resuelvo un poco, pero y los otros profesores que solo saben dar clases, para eso estudiamos para educar, todo el mundo se ha tenido que inventar un negocio u otra entrada ya nadie quiere dar clases, las escuelas se están quedando sin profesores, ¿que será del futuro de nuestros hijos? Eso es preocupante...

Entre otros aspectos de la vida cotidiana de este grupo de trabajadores, el cuidado de la salud bucal personal y familiar se ha visto afectado. Los salarios no alcanzan para cubrir otras necesidades diferentes a la alimentación. Han disminuido la frecuencia diaria del cepillado dental y han dejado de utilizar el hilo dental y el enjuague bucal por los costos que tienen en el mercado.

Los resultados expuestos en líneas anteriores, coinciden con un estudio realizado por Silvina, en el que se evaluaron los factores sociodemográficos y culturales asociados a los hábitos de salud bucal en individuos adultos, cuyos resultados destaca que las condiciones socioeconómicas de las personas y las desigualdades socioeconómicas que se generan en la sociedad influyen en la salud de la población, señalan que un nivel socioeconómico más elevado resultó ser un predictor significativo de la práctica de renovar periódicamente, cada 3 meses, el cepillo dental. Estos resultados marcan la existencia de una desigualdad en el acceso a productos para la higiene bucal, ya que las personas con menor poder adquisitivo presentan hábitos de higiene bucal menos adecuados, específicamente en lo referente a la regularidad con la que se renueva los productos de higiene bucal<sup>64</sup>.

#### **4.1.3 Limitaciones económicas para la adquisición de insumos para la higiene bucal**

Las diferencias en el contexto socioeconómico y cultural influyen en los comportamientos de salud, por lo tanto, reflejan los patrones de consumo de insumos y servicios para la prevención o tratamiento de problemas de salud<sup>65</sup>. En esta

categoría se menciona cómo está percibida la influencia de la crisis económica desde las posibilidades de adquirir los productos para realizar de manera adecuada la higiene bucal por parte de los participantes.

P1: ...la crisis me ha afectado en el momento de adquirir los productos para mantener mi salud bucal de manera adecuada, como el enjuague bucal y el cepillo dental, y qué te puedo decir de la falta de agua y de luz. Todas estas cosas se involucran directamente, se me dificulta la adquisición de cepillos dentales de manera cotidiana es decir cambiar de cepillo como dicen, y los cepillos que hay no son tan buenos y están un poco escasos los de una calidad buena.

P2: ...conozco el enjuague bucal y el hilo dental también y lo he usado, pero ahora no lo estamos usando por los costos...solo usamos cepillo dental y la crema

P3: Bueno yo antes usaba mucho enjuague bucal, yo compraba los potes grandotes, pero ahora por la situación casi no los puedo comprar, así que solo uso mi cepillo y la crema.

P4: ... bueno más que todo el cepillado anteriormente me hacía los enjuagues bucales, pero ahora como no existe esa posibilidad, porque no los podemos adquirir... lo dejamos de usar, el enjuague bucal en mi casa siempre había enjuague bucal y el hilo dental también lo deje de comprar.

P5: ... comprar los productos de higiene bucal se me ha complicado por los altos costos, tanto por lo del sueldo que te ves limitado entonces dices, o compro una cosa o la otra. Pero uno siempre trata de mantener una reserva.

P6: ...yo usaba un hilo, y eso me hacía sentir bien pues, pero tampoco se ha podido comprar más el hilo y entonces siento que estoy en peligro porque 51 años empieza ya a decaerse algunas cosas y no quisiera que mi salud bucal se deteriore.

P8: ...se ha dificultado mucho debido a la poca o casi nula existencia en el mercado de la crema dental que la doctora sugirió, por eso me ha tocado usar cremas dentales Colgate, pero no las que yo necesito por mi problema sinceramente quisiera cuidarme de una mejor manera mis dientes pero es costoso, es difícil...

Los participantes mencionan las dificultades que se han venido presentando en el momento de la compra y búsqueda de los insumos básicos necesarios para realizar de

manera adecuada la técnica diaria de higiene bucal, dejan en evidencia cómo se han visto en la obligación de elegir solo entre las pocas marcas disponibles actualmente en el mercado que refieren no ser de buena calidad y cómo han tenido que elegir solo comprar lo mínimo necesario como es el cepillo dental y crema dental, dejando a un lado el uso del hilo dental y enjuague bucal que son productos importantes para complementar la higiene bucal.

Se evidencia que los participantes reconocen la importancia de la higiene bucal, principalmente el uso de cepillo dental y la crema dental, enjuague e hilo dental. Sin embargo, su situación económica, como empleados del sector público, les impide llevar a cabo esas prácticas de forma regular. Mencionan que es prioritario resolver problemas económicos cotidianos, como lo son la vivienda, la alimentación, la vestimenta, el transporte.

Estos resultados coinciden con un estudio realizado por Morales et al, donde se analizaron los gastos en cuidados bucales y productos de higiene bucal estimados de acuerdo con las características demográficas y socioeconómicas de los hogares, de Brasil, donde concluyen que solo el 7% de los hogares brasileños gastó en atención odontológica<sup>65</sup>.

#### **4.1.4 Imposibilidad de acceso a la atención odontológica privada**

La utilización de los servicios de salud debería estar determinada por la necesidad de atención de la salud de la población, pero existen otros factores que condicionan la utilización de los servicios: factores geográficos, socioeconómicos, educacionales, culturales, así como también la propia oferta de servicios condiciona la percepción de las necesidades y su exteriorización en demanda<sup>66</sup>, en esta categoría se hace referencia a la dificultad que se ha venido experimentando por parte de los participantes en el momento de la toma de decisión de acudir a una consulta privada.

P4: ...ir a una consulta privada no se puede porque hasta una plaquita lo más sencillo posible es demasiado dinero. Entonces yo considero que sí nos ha afectado a nivel bucal y médico en general porque muchas veces uno hasta para hacerse un examen de laboratorio ya no se lo puede hacer porque ya eso se monta casi en el

millón y dígame con el sueldo que ganamos nosotros, es demasiado todo está afectado porque nosotros no contamos con los recursos económicos...

P6: ... siento molestias, malestar de que no puedo hacer más nada de que si se me llega a dañar o caer un diente cómo lo repongo, eso me tiene muy preocupada...porque desde el año antepasado yo no he podido ir para un médico privado a llevar a mis hijos y en mi caso, yo iría si fuera una emergencia, pero bendito Dios que no he tenido una emergencia en estos tiempos. Pero con ellos sí porque mi hijo produce mucho cálculo y mi hija tiene este diente (Señaló el canino 13) acá atrás entonces cuando ella se ríe no le gusta porque donde le tenía que salir, no le salió, porque había que empujarlo con un aparato y todo eso, y ahora que no se puede ir a la consulta privada imagínate...

P7: ...me siento regular, porque nosotros los educadores hemos perdido muchos beneficios por lo menos antes íbamos al IPASME y por lo menos una limpieza nos hacían y eso ya no existe entonces y obviamente el costo para ir al odontólogo es sumamente costoso para nosotros los profesores no nos alcanza antes sí, pero ahora no...

P8: ...me dice la odontólogo que tengo la primera capa de los dientes muy muy frágil que no se formó de manera correcta, por esto soy muy susceptible a las caries o que se me fracturen los dientes, debo estar continuamente en consultas para que me revisen me hagan limpiezas pero imagínate con mi sueldo de profesora cómo puedo estar pagando constantemente consultas en un odontólogo si son tan caras, mi miedo es que con el pasar de los años he perdido ya dientes completos por esto mismo que te comento...

Los participantes mencionan su preocupación por la accesibilidad casi nula que tienen actualmente a la atención odontológica y la gran preocupación que refieren, ya que sus problemas bucales e incluso médicos en general se agravan, y poder tener una resolución adecuada a dicha problemática, los participantes mencionan que han sentido la necesidad de tener que adaptarse a vivir con las molestias bucales por no poder asistir a una consulta bien sea rutinaria o por alguna emergencia. La mayoría de

los participantes concuerdan lo difícil y casi imposible que se les ha hecho acceder a una consulta privadas

Por su parte, esto coincide con un estudio realizado por Romero, en el que menciona que la falta de insumos, escasez de medicamentos y productos básicos de salud, la falta de servicios públicos (electricidad y agua), y la emigración de personal, ha influenciado de manera directa los servicios privados y que de igual forma han sido impactados por la catástrofe nacional, dicho esto se evidencia por que los participantes refieren la dificultades para acceder a los servicios de atención odontológica privados ya que les resulta imposible sufragar los elevados costos<sup>60</sup>.

#### **4.1.5 Servicios odontológicos públicos fuera de funcionamiento**

En salud, la oferta puede ser interpretada como el conjunto de servicios disponibles para ser utilizados por la población, ya sea en forma gratuita o mediante el pago de una determinada cantidad de dinero. La oferta debería dar respuesta a las demandas del producto, la situación inversa en donde la demanda supera a la oferta, generando distorsiones en el sistema con mayor gasto, menor calidad y aumento de las inequidades en las verdaderas necesidades de la población<sup>66</sup>. Y como es de esperar los efectos de la crisis no solo afectan directamente sobre la población sino también sobre los servicios odontológicos que son los principales encargados en brindar atención a la población venezolana. Dejando en evidencia la falta de insumos, falta de servicios básicos para su adecuado funcionamiento como lo es el agua y la electricidad, unidades en mal estado e incluso la falta de personal capacitado para brindar la atención.

P1: ...en los servicios odontológicos públicos últimamente con la escasez que hay solo tienen para revisar y de qué me sirve que me revisen, me digan qué tengo y que no me atiendan. Y no es el hecho porque si uno quiere que lo revisen y que le den ese trato como uno lo merece tiene que llevar todos los materiales, si se partió una muela tienes que llevar lo de la calza, todos los implementos que se necesita para arreglarlas.

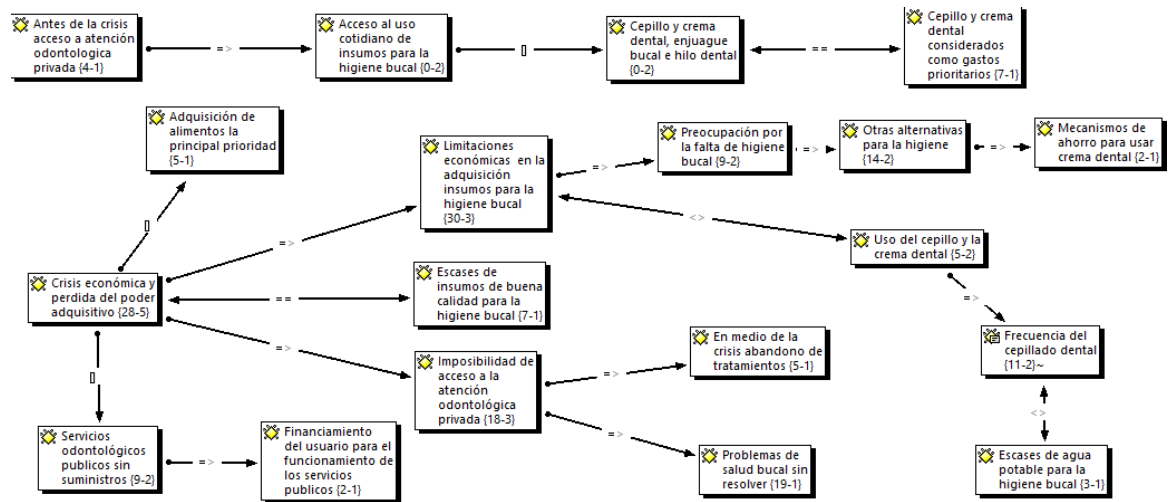
P3: ... porque nosotros tenemos IPASME lo que pasa es que, lamentándolo mucho, no hay material.

P8: ... debería ir a consulta, pero la verdad no puedo, un tiempo me atendí en el IPAS ahí me hacían limpiezas, pero eso ya no está funcionando, ahora me toca ir a consultas en clínicas privadas y no puedo.

Los participantes mencionan cómo se ha visto afectada la consulta odontológica en los servicios públicos como el IPASME, hacen referencia a la escasez de los insumos que experimentan en estos servicios, y cómo se han visto en la obligación de pedir colaboraciones e incluso casi exigirla para poder recibir una atención medianamente adecuada, también mencionan cómo se ha perdido la parte preventiva refiriendo que antes podían acudir a los servicios públicos por una limpieza y revisión bucal, pero que actualmente ya este tratamiento no es tan accesible. Y bien sabemos cómo la parte de prevención es de gran importancia en el área de odontológica ya que esta impide el establecimiento de enfermedades bucales y por lo tanto el incremento del costo de los tratamientos para los pacientes.

Lo dicho previamente coincide con un estudio realizado por Romero, donde menciona cómo actualmente estos servicios no están abiertos para el público en general o no ofrecen la asistencia adecuada, por falta de insumos, escasez de medicamentos y productos básicos de salud, la falta de servicios públicos (electricidad y agua), y la emigración de personal.

En los diferentes informes nacionales e internacionales que se han elaborado sobre la crisis venezolana y sus repercusiones en la prestación de los servicios de salud a la población, destaca la falta de información acerca de lo que está ocurriendo con relación a los servicios odontológicos en la red asistencial pública, que es la utilizada por el 85,8% de la población<sup>60</sup>.



www.bdigital.ula.ve

## **CAPÍTULO V**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

Se encontró que existe una asociación entre la salud bucal y la situación socioeconómica del país. Los participantes le atribuyen a la situación socioeconómica de los últimos años la causa de la precaria salud bucal, en particular, y de la población, en general. La situación económica actual de los participantes es producto de la crisis económica que atraviesa el país en los últimos años, les impide adquirir los productos odontológicos necesarios para realizar su higiene bucal regularmente, por lo cual no pueden prevenir enfermedades ni tener una adecuada salud bucal.

Para la prevención y tratamientos de algunas enfermedades bucales, los participantes refirieron que han llegado a usar productos naturales, plantas medicinales, por no disponer de los recursos económicos para adquirir los productos comerciales nacionales o importados disponibles.

En cuanto a la calidad de la atención odontológica, el servicio público es percibido como inestable e insuficiente, pues no compensa las necesidades de atención de emergencia, prevención ni en las distintas especialidades odontológicas. Por su parte, la práctica odontológica privada en algunos casos es considerada inaccesible debidos a la dolarización de sus costos, que no se puede cubrir con salarios en bolívares. Por lo tanto, la atención odontológica en la consulta privada no es considerada la primera opción ante la resolución y el tratamiento de enfermedades bucales.

Aunque se lograron el objetivo, la presente investigación no estuvo exenta de limitaciones. En algunas oportunidades, los informantes no se sintieron en la suficiente confianza para responder con total honestidad. Por lo tanto, en futuras investigación, sería necesario contar con más tiempo para el proceso de recolección de la información, de modo que el investigador pueda ser aceptado como uno más de la comunidad y, en consecuencia, los informantes puedan expresarse de forma



abierta. Además, en futuros estudios, se recomienda combinar con el examen clínico, de modo de poder determinar las condiciones de salud bucal reales y contrastarlas con las percepciones de los informantes.

Finalmente, se sugiere complementar la investigación con programas de educación y prevención accesibles para la población de escasos recursos económicos, de modo que puedan beneficiarse directamente de la investigación.

[www.bdigital.ula.ve](http://www.bdigital.ula.ve)

## REFERENCIAS

1. Brittany Seymour, Zak James, Deepti Shroff Karhade, Jane Barrow, Alessio Pruneddu, Nina Kay Anderson, Peter Mossey & Task Force for the Definition of Global Health (2020) Una definición de salud bucal global: un enfoque de consenso de expertos del Consorcio de Universidades para Global Health's Global Oral Health Interest Group, Global Health Action, 13: 1,1814001, DOI: 10.1080 / 16549716.2020.1814001
2. Petersen EP. Mejora de la salud bucodental mundial: el papel de liderazgo de la Organización Mundial de la Salud. Salud Comunitaria. 2010 Diciembre; 27: 194-198.
3. Seymour B, Swann B, Silk H, et al. Salud bucal global módulo. Sonrisas de por vida: un currículo nacional de salud bucal. En: Clark MB, editor. 3ª ed. Sociedad de Profesores de Medicina Familiar; 2017. Disponible de [www.smilesforlifeoralhealth.com](http://www.smilesforlifeoralhealth.com)
4. Glick M, Williams DM, Kleinman DV, Vujicic M, Watt RG, Weyant RJ. Una nueva definición de salud bucal desarrollada por la Federación Dental Mundial FDI abre la puerta a una definición universal de salud bucal. Asociación 28J Am Dent 2016; 147: 915-17.
5. Petersen PE. Informe sobre la salud bucodental en el mundo 2003: mejora continua de la salud bucal en el siglo XXI: el enfoque del Programa Mundial de Salud Bucodental de la OMS. Ginebra; Organización Mundial de la Salud, 2003.
6. Kassebaum NJ, Smith AGC, Bernabé E, et al. Global, regional, y prevalencia nacional, incidencia y años de vida ajustados por discapacidad para afecciones bucales en 195 países, 1990-2015: un análisis sistemático de la carga mundial de enfermedades, lesiones y factores de riesgo. J Dent Res 2017; 96: 380-87.
7. Petersen PE, Bourgeois D, Ogawa H, Estupinan-Day S, Ndiaye C. La carga global de enfermedades bucodentales y riesgos para la salud bucal. Bull World Health Organ 2005; 83: 661-69.

8. Macfarlane TV, Blinkhorn AS, Davies RM, Ryan P, Worthington HV, Macfarlane GJ. Dolor orofacial: ¿otro dolor crónico más? Resultados de una encuesta poblacional. *Dolor* 2002; 99: 453–58.
9. Locker D, Grushka M. El impacto del dolor dental y facial. *J Dent Res* 1987; 66: 1414-17.
10. Centro Australiano de Investigación para la Salud Bucal de la Población. Pérdidas de productividad por problemas dentales. *Aust Dent J* 2012;57: 393–97.
11. Calado R, Ferreira S, Nogueira P, Mella P. III Estudio nacional de prevalência das doenças orais. 2015. [https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes / iii-estudo-nacional-de-prevalencia-das- doencas-orais.aspx](https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/iii-estudo-nacional-de-prevalencia-das-doencas-orais.aspx) (consultado el 31 de agosto de 2018).
12. Glied S, Neidell M. El valor económico de los dientes. *J Hum Resour* 2010; 45: 468–98.
13. Centro Australiano de Investigación para la Salud Bucal de la Población. Pérdidas de productividad por problemas dentales. *Aust Dent J* 2012;57: 393–97.
14. Nardi A, Michel-Crosato E, Haye Biazevic MG, Crosato E, Pizzatto E, de Paula Queluz D. Relación entre dolor orofacial y absentismo entre trabajadores del sur de Brasil. *Braz J Oral Sci* 2009; 8: 50–54.
15. Hyde S, Satariano WA, Weintraub JA. La intervención odontológica asistencial mejora el empleo y la calidad de vida. *J Dent Res* 2006; 85: 79–84.
16. Human Rights Watch, Venezuela’s Humanitarian Emergency Large-Scale UN Response Needed to Address Health and Food Crises. [Internet] Abril 2019. [Consultado el 15/12/2019]. Disponible en: [https://www.hrw.org/sites/default/files/report\\_pdf/venezuela0419\\_web\\_0.pdf](https://www.hrw.org/sites/default/files/report_pdf/venezuela0419_web_0.pdf)
17. Díaz J. Carlos Walter Valecillos: El CENDES y la crisis de la salud en Venezuela. Cuadernos del CENDES [Revista en Internet] mayo-agosto 2016 [Consultado el 05 de enero de 2020]; 33(92)105-112 Disponible en: [http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev\\_cc/article/ view/12794/12492](http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_cc/article/view/12794/12492).

18. Page K, Doocy S, Ganteaume F, Castro J, Spiegel P, Beyrer C. Venezuela's public health crisis: a regional emergency *The Lancet Health*. [Internet] March 11, 2019. [Consultado el 05/01/2020] Disponible en: [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30344-7](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30344-7)
19. Cendas-FVM: canasta alimentaria familiar de mayo 2017 se ubicó en 990.918,92 bolívares (+14,2%). *Finanzas Digital* 2017; 20 jun. <http://www.finanzasdigital.com/2017/06/cendas-caf-may2017/>.
20. Greer SL, Méndez CA. Universal health coverage: a political struggle and governance challenge. *Am J Public Health*. 2015;105: S637–S639.
21. España LP. Encuesta sobre Condiciones de Vida en Venezuela. <https://www.derechos.org.ve/web/wp-content/uploads/UCV-UCAB-USB.-ENCOVI-2016.-Pobreza.pdf> (accedido el 14/Mar/2017).
22. Landaeta-Jiménez M, Herrera M, Ramírez G, Vásquez M. Encuesta Nacional de Condiciones de Vida. Venezuela 2016: alimentación. <http://www.fundacionbengoa.org/noticias/2017/images/ENCOVI-2016-Alimentacion.pdf> (accedido el 20/Jul/2017).
23. Jorge ME. Medicina en Venezuela, sin generación de relevo. *El Estímulo* 2016; 17 may. <http://elestimulo.com/climax/medicina-en-venezuela-sin-generacion-de-relevo/>.
24. Hernández T, Ortiz Gómez Y. La migración de médicos en Venezuela. *Rev Panam Salud Pública* 2011; 30:177-81.
25. Freitez A. La emigración desde Venezuela durante la última década. *Temas de Coyuntura* 2011; 63:11-38.
26. International Monetary Fund. *Perspectivas económicas. Las Américas: historia de dos ajustes*. Washington DC: International Monetary Fund; 2017.
27. World Health Organization. *Global Health Observatory (GHO) data*. <http://www.who.int/gho/about/en/> (accedido el 02/Abr/2017).

28. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial 2010: financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2010

29. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2014.

30. Universidad Católica Andrés Bello. Condiciones de vida de la población. Propuestas Venezuela 2015. <http://w2.ucab.edu.ve/condiciones-de-vida-de-la-poblacion.html> (accedido el 10/Mar/2017).

31. Bescansa C, Ortí M. Salud pública, hábitos de vida y consumo de drogas en la República Bolivariana de Venezuela: informe final. [http://www.who.int/fctc/reporting/Venezuela\\_Annex1\\_StudyConsumptionDrugs\\_2006.pdf](http://www.who.int/fctc/reporting/Venezuela_Annex1_StudyConsumptionDrugs_2006.pdf) (accedido el 01/Ago/2016).

32. Polanco JD. Evaluación de las misiones durante el régimen de Hugo Chávez: obstáculos, alcances y resultados, con base en el caso de la Misión Barrio Adentro. In: Sakaguchi A, editor. Venezuela under Chavez's administration. [http://www.ide.go.jp/Japanese/Publish/Download/Report/2013/pdf/B102\\_ch3.pdf](http://www.ide.go.jp/Japanese/Publish/Download/Report/2013/pdf/B102_ch3.pdf) (accedido el 02/Abr/2017).

33. Human Rights Watch, Venezuela's Humanitarian Emergency Large-Scale UN Response Needed to Address Health and Food Crises. [Internet] Abril 2019. [Consultado el 15/12/2019]. Disponible en: [https://www.hrw.org/sites/default/files/report\\_pdf/venezuela0419\\_web\\_0.pdf](https://www.hrw.org/sites/default/files/report_pdf/venezuela0419_web_0.pdf)

34. Carrillo A. Sistema de salud en Venezuela: ¿un paciente sin remedio? Cad. Saúde Pública [Internet]. 2018 [consultado el 25/11/2019]; 34(3): e00058517. Disponible [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2018000305003&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000305003&lng=en).

35. Díaz J. Carlos Walter Valecillos: El CENDES y la crisis de la salud en Venezuela. Cuadernos del CENDES [Revista en Internet] mayo-agosto 2016 [Consultado el 05 de enero de 2020]; 33(92)105-112 Disponible en: [http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev\\_cc/article/view/12794/12492](http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_cc/article/view/12794/12492).

36. Aponte C. Misión Barrio Adentro. Atención Fracturada y Salud en Crisis. Transparencia Venezuela.2018. [Internet] [consultado el 15/11/2019]. Disponible en: <https://transparencia.org.ve/wp-content/uploads/2018/06/2018-Mision-Barrio-Adentro-Version-TV-completa-1.pdf>
37. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Estadísticas globales de cáncer 2018: estimaciones de GLOBOCAN de incidencia y mortalidad en todo el mundo para 36 cánceres en 185 países. *CA Cancer J Clin* 2018; 68: 394–424.
38. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial 2010: financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal. Geneva: Organización Mundial de la Salud; 2010
39. De Souza M. El desafío del conocimiento, Investigación cualitativa en salud, Buenos Aires, Argentina, Editorial Lugar editorial, Año 1997.
40. Knottnerus BJ, Bertels LS, Willems DL, Qualitative approaches can strengthen generalization and application of clinical research, *Journal of Clinical Epidemiology* (2019),doi: <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2019.11.002>.
41. Acero AM, Caro R IM, Henao KL, Ruiz E LF, Sánchez VG. Determinantes Sociales de la Salud: postura oficial y perspectivas críticas. *Rev Fac Nac Salud Pública* [en línea] 2013;31:103-10. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=92621791&lang=es&site=ehost-live>
42. De Andrade LOM, Filho AP, Solar O, Rígoli F, de Salazar LM, Serrate PC-F et al. Social determinants of health, universal health coverage, and sustainable development: case studies from Latin American countries. *Lancet* [en línea] 2014. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S014067361461494X>
43. Mejía LM. Los Determinantes Sociales de la Salud: base teórica de la salud pública. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2013; 31(supl 1): S28-S36.

44. ¿Cuáles son los determinantes sociales de la salud? Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2008. Disponible en: [www.who.int/social\\_determinants / sdh\\_definition / en /](http://www.who.int/social_determinants/sdh_definition/en/) (consultado el 2 de febrero de 2016).

45. Determinantes sociales de la salud: los hechos sólidos. 2ª ed. Marmot M, Wilkinson R, editores. Copenhague (Dinamarca): Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para Europa; 2003. Disponible: [www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/98438/e81384.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf) (consultado el 2 de febrero de 2016).

46. Jiménez JP. Desigualdad, concentración del ingreso y tributación sobre las altas rentas en América Latina. Santiago de Chile; 2015.

47. Vega J, Solar O, Irwin A. Equidad y determinantes sociales de la salud: conceptos básicos, mecanismos de producción y alternativas para la acción. Determinantes sociales de la salud en Chile: en la perspectiva de la equidad. 2005. p. 89.

48. Bleich SN, Jarlenski MP, Bell CN, LaVeist TA. Health Inequalities: Trends, Progress, and Policy. *Annual Review of Public Health* 2012: 7-40.

49. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal). Panorama Social de América Latina. Santiago de Chile; 2014.

50. Carrillo Roa A. Financiamento dos sistemas de saúde na América do Sul. In: Marques R, Piola SF, Carrillo Roa A, organizadores. Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde; 2016. p. 75-100.

51. Blank CA. El gasto público social durante la gestión de Maduro: vulnerabilidad y descenso (2013-2015). *Revista SIC* 2016; 783:110-3.

52. Human Rights Watch, Venezuela's Humanitarian Emergency Large-Scale UN Response Needed to Address Health and Food Crises. [Internet] Abril 2019. [Consultado el 15/12/2019]. Disponible en: [https://www.hrw.org/sites/default/files/report\\_pdf/venezuela0419\\_web\\_0.pdf](https://www.hrw.org/sites/default/files/report_pdf/venezuela0419_web_0.pdf)

53. Kornblihtt J, Dachevsky F. Crisis y renta de la tierra petrolera en Venezuela: crítica a la teoría de la Guerra Económica. Cuadernos del Cendes [Internet] 2017 [Consultado el 15/12/2019] 34(94):1-30 Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40353171002>

54. Blank CA. El gasto público social durante la gestión de Maduro: vulnerabilidad y descenso (2013-2015). Revista SIC 2016; 783:110-3.

55. Cova R. Lozada I. Estudio para la Planificación Integral de la Odontología en Venezuela. Área de Salud Oral. Publicación Oficial del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Departamento de Odontología Sanitaria. Caracas. 1972

56. Morón A. Perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas. Primer reporte nacional. Ciencia Odontológica [Internet] 2008;5(3):11[consultado el 12 de enero 2020] Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=205216674002>

57. Salazar J. El componente bucal del proceso salud-enfermedad en Venezuela desde una perspectiva social. Acta Odontológica Venezolana. [Internet] 2016 [consultado 15/12/2019]; 54(2). Disponible en: <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2016/2/art-11/#>

58. Ministerio del Poder Popular para la Salud. Memoria y cuenta del MPPS del 2015 entregada a la asamblea nacional. [Internet] 2015. [Consultado el 27/12/2019]. Disponible en <http://historico.prodavinci.com/2016/03/04/actualidad/pdf-esta-es-la-memoria-y-cuenta-entregada-por-el-ministerio-de-salud-a-la-asamblea-nacional/>

59. Buada G. Salud bucal de niños venezolanos va en acelerado deterioro. Amnistía internacional Venezuela. [Internet] Julio 2018. [consultado el 16-11-2019]. Disponible en: <https://www.amnistia.org/ve/blog/2018/07/7206/salud-bucal-de-ninos-venezolana-nos-va-en-acelerado-deterioro>

60. Romero Yajaira, La salud bucal en el marco de la crisis venezolana, Universidad de Los Andes, Facultad de Odontología, Mérida, Venezuela, publicado



en el 24/02/20, Odontol. Sanmarquina 2020; 23(1): 83-92  
<http://dx.doi.org/10.15381/os.v23i1.17515> ISSN-L 1560-9111; eISSN: 1609-8617

61. Sutherland M, Hiperinflación, crisis, trabajo, asalariado, poder adquisitivo. Crónica de una ruina anunciado, Cuadernos del Cendes, Año 36 N°100, Tercera época, Enero – Abril 2019, Caracas Venezuela

62. Hurtado J, El proyecto de investigación comprensión holística de la metodología y la investigación. Sygal, servicios y proyecciones para América latina 6ta edición, Caracas, Venezuela, año 2007.

63. Polit, Hungler, Investigación científica en ciencias de la salud, Mc Gram Hill, 6ta edición

64. Silvina M, Factores sociodemográficos y culturales asociados a los hábitos de salud bucal en individuos adultos, Rev Estomatol Herediana. 2018 Oct-Dic;28(4): 259-66, <https://doi.org/10.20453/reh.v28i4.3430>

65. Morales A, Camargo M, Castilhos E, Ribeiro A, Gasto privado en salud bucal en Brasil: análisis de datos del Investigación sobre el presupuesto familiar, 2008-2009, Programa de Posgrado en Odontología, Universidad Federal de Pelotas, Cad. Salud Pública 2017; 32 (1): e00148915

66. Rodríguez S, Salud percibida, cobertura, utilización y acceso al sistema de atención de la salud en el área metropolitana de Buenos Aires. See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/299854325>

67. Silva E y Fonet R, Nelson R, Venezuela: análisis económico de un país en crisis centro regional de estrategias económicas sostenibles, Inc. (CREES), centro regional de estrategias económicas sostenibles, Junio, 2014

## APÉNDICE A

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES  
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA  
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN “PROFESOR JOSE TONA  
ROMERO”

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación tiene como objetivo “Analizar el cuidado y mantenimiento de la salud bucal en el marco de la crisis económica en un grupo de trabajadores venezolanos: Barinas-Mérida”. La responsable es la bachiller: Ana Saraith Parrillo Noguera portadora de la cédula de identidad V-24.321.135. Los resultados obtenidos con la realización de esta investigación permitirán establecer algunos mecanismos de intervención, que desde las instituciones responsables de la atención odontológica se puedan implementar para mejorar la salud bucal de la población; razón por la cual solicitamos de su apoyo y colaboración como informante, garantizándole que su identidad personal no será dada a conocer públicamente.

Si usted accede a participar en este estudio, se le realizará una entrevista personal, en su lugar de residencia, en un horario previamente pautado con el entrevistado.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. Si en algún momento se siente incómodo está en completa libertad para retirarse. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los establecidos por esta investigación.

Si tiene alguna duda sobre esta investigación, puede comunicarse al 0424-5858064. De antemano agradecemos su colaboración.

Declaro que he sido informado (a) de que el objetivo de este estudio es el objetivo de esta investigación es analizar el cuidado y mantenimiento de la salud bucal en el marco de la crisis económica en un grupo de trabajadores venezolanos: Barinas-Mérida. Me han indicado también, que se me hará una entrevista personal en

mi lugar de residencia, así como, que la participación en este estudio es estrictamente voluntaria, y que si en algún momento me siento incómodo estoy en completa libertad para retirarme.

Reconozco que la información que se provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. Autorizo de igual manera la publicación en medios científicos de los hallazgos relevantes encontrados en dicha entrevista.

Nombre y apellido del participante:  
\_\_\_\_\_ C.I: \_\_\_\_\_

Firma del participante: \_\_\_\_\_

Lugar y fecha: Barinas, Mérida ( \_\_\_\_\_ ) del 2021.

www.bdigital.ula.ve

CUIDADO Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD BUCAL EN EL MARCO  
DE LA CRISIS ECONÓMICA EN UN GRUPO DE TRABAJADORES  
VENEZOLANOS: BARINAS-MERIDA AÑO 2021

Indicios orientadores usados para la ejecución de las entrevistas.

1. ¿Cómo te sientes con tus dientes? (Salud bucal)
2. ¿Estas conforme? Por que no lo estás?
3. ¿Cómo haces para cuidarlos que usas?
4. ¿Y cuantas veces te cepillas?
5. ¿Realizas el cepillado cuando estas en tu trabajo?
6. ¿Realizas el cepillado con crema dental? ¿Qué marca usas? Como haces para adquirirla
7. ¿Qué otros métodos usas para el cuidado de tu salud bucal?
8. Conoces de alguien que te allá contado que usa otra cosa para cuidar sus dientes.
9. ¿Conoces y usas el enjuague bucal? ¿Cómo lo adquieres?
10. ¿Conoces y usas el hilo dental? ¿Cómo lo adquieres?
11. Cuando fue tu última visita al odontólogo
12. Cuál fue el motivo
13. ¿Acudiste a un servicio privado o público?
14. ¿Porque acudiste a dicho servicio? (Si fue público)
15. ¿Cómo fue la atención?
16. ¿Cómo se te ha dificultado adquirir tus productos de higiene bucal?
17. ¿Se te ha dificultado mantener tu higiene bucal con la situación que vive el país?
18. ¿Has notado un aumento en las enfermedades bucales?
19. ¿Crees que sea debido a la situación del país?
20. Qué importancia le das a tu higiene bucal, es decir en qué nivel de prioridad está en relación con tus otras necesidades básicas.

21. ¿Qué usas cuando tienes una molestia o dolor?
22. ¿Te automedicas? ¿Qué tomas o que cosas usas para remediar la molestia?
23. ¿Usas algún método particular para aliviar la molestia?
24. ¿Como es la higiene en tu casa? Realizan el cepillado individual (Se ha dado mucho que por toda esta crisis hay familias que comparten cepillo dental.
25. ¿Cuál es tu opinión personal sobre la relación que hay entre la crisis que vivimos y tu salud bucal crees que tiene alguna influencia?

[www.bdigital.ula.ve](http://www.bdigital.ula.ve)