

Inequidades de género: Aproximaciones al proceso salud/ enfermedad en su componente bucal

Ada Chacin Espina¹, Eglee Vargas-Acosta²

1. MSc. en Administración del Sector Salud. Mención: Administración de Hospitales. Lic. en Trabajo Social. Área de Epidemiología y Práctica Odontológica. Instituto de Investigaciones. Facultad de Odontología. Universidad del Zulia-Venezuela.

2. Doctora en Ciencias Políticas. MSc en Sexología. Lic en Trabajo Social. Escuela de Trabajo Social. Facultad de Ciencias Jurídicas y políticas. Universidad del Zulia-Venezuela.

Correos electrónicos: adakarian13@gmail.com, egleevargasacosta@gmail.com

RESUMEN

Objetivo: analizar, desde la perspectiva de las inequidades de género, el proceso salud/ enfermedad en su componente bucal. **Metodología:** Investigación cualitativa. Se conformó un grupo focal. Las aproximaciones analíticas fueron asumidas desde los dominios general, particular y singular de la determinación social de la salud. Se realizó análisis de contenido a partir del discurso de los participantes. **Resultados:** El análisis de las políticas de salud, siguen siendo diseñadas desde los niveles gubernamentales, con visión homogénea, invisibilizando necesidades particulares referidas al género. Los interlocutores dijeron no percibir diferencias de género en el acceso a los avances de la atención odontológica, siendo este determinado por sus costos, develando inequidades relacionadas con la clase social. Respecto a la odontóloga estética indicaron que prevalecen patrones de belleza y sonrisas perfectas direccionados mayormente a las mujeres. No reconocieron diferencias de géneros referidos al significado de las prácticas de salud/enfermedad bucal aun cuando señalaron que en el hogar se hace mayor énfasis en la higiene personal y bucal en las mujeres. **Conclusiones:** Las inequidades de género en el componente bucal de la salud fueron escasamente percibidas por los sujetos de este estudio. La inclusión de la perspectiva de género en el diseño de las políticas de salud bucal sigue siendo necesaria a fin de generar respuestas efectivas en la salud de la población.

Palabras clave: Inequidades, género, salud/enfermedad bucal.

***Autor de correspondencia:** Ada Karina Chacín Espina. Dirección postal: Calle 65 con Esq. 19. Edificio Ciencia y Salud Tercer Piso Teléfonos. +58 261 41275346 Maracaibo-Venezuela. Código postal 4001

Gender inequities: Approaches to the health / disease process in its oral component

ABSTRACT

Objective: to analyze, from the perspective of gender inequities, the health / disease process in its oral component. **Methodology:** Qualitative research. A focus group was formed. The analytical approaches were assumed from the general, particular and singular domains of the social determination of health. Content analysis was carried out based on the participants' discourse. **Results:** In the general domain, the analysis of health policies indicated that they continue to be designed from government levels, with a homogeneous vision, making the different characteristics and needs related to gender, social class and ethnicity invisible. In the particular domain, the interlocutors said they did not perceive gender differences in access to dental care advances and that their inaccessibility was determined by their high costs, revealing inequities related to social class. Regarding the aesthetic dentist, they indicated that their demand is due to the imposition of the culture of beauty and perfection directed more towards women. In the singular domain, they did not recognize differences between genders referring to the meanings of oral health / disease practices, however, they pointed out that home education places greater emphasis on women in their personal hygiene, hygiene and oral care. **Conclusions:** Gender inequities in the oral health component are scarcely perceived, so it is urgent to include the gender perspective in the design, execution and evaluation of oral health policies in order to generate effective responses in the oral health of patients the population.

Key Words: Inequities, gender, oral health/disease.

INTRODUCCIÓN

La inequidad es un problema que se encuentra presente en mayor o menor medida en las sociedades con desigual distribución de la riqueza y los indicadores que la miden pueden brindar una importante aproximación al nivel de la justicia social que una determinada sociedad ha alcanzado¹. La inequidad es la categoría que define las relaciones y contrastes de poder que existen en una formación social; es el resultado de una historia de acumulación de poder². En general, las diferencias en salud entre grupos sociales, se consideran inequidades en salud porque reflejan una distribución injusta de los riesgos y los recursos en salud³.

Desde la perspectiva de la epidemiológica crítica, la salud se desarrolla como proceso concatenado entre las dimensiones espaciales de lo general, lo particular y lo singular (micro). El dominio de lo general corresponde a la determinación del sistema de acumulación, la lógica del sistema de producción,

las políticas y expresiones del Estado y los procesos generales de la cultura. El dominio de lo particular es el que corresponde a las condiciones estructuradas de los modos de vida de los grupos sociales, con sus patrones típicos de exposición a procesos nocivos para la salud colectiva y sus patrones característicos de vulnerabilidad grupal a dichos procesos nocivos. Y el dominio singular (S) expresa la determinación de los estilos de vida de las personas y de sus rasgos fenotípicos y genotípicos².

Para esta corriente la salud y la enfermedad no se distribuyen de manera aleatoria en los individuos o grupos de una sociedad sino que son resultado de una distribución desigual de poder que se produce por las condiciones políticas y económicas y sociales concretas en las que se estructura y desarrolla una sociedad y tiene lugar en la vida de los individuos o grupos sociales⁴. En los espacios sociales concretos, desarrollan su reproducción social distintas clases sociales, cruzadas por características y relaciones étnicas y por relaciones de poder de género².

El género puede entenderse como un sistema de relaciones sociales, lo cual se vincula con las estructuras y dinámicas de relación e interacción entre hombres y mujeres y como una categoría analítica que permite aprehender, indagar e interpretar las diferencias y desigualdades entre mujeres y hombres dentro de sus contextos sociales, económicos, culturales e históricos específicos⁵.

Esta categoría se ubica en el centro de la percepción simbólica y la organización concreta de la vida social, creando referencias que establecen control o acceso diferencial de los recursos materiales y simbólicos, generando desigualdades entre los sujetos sociales en ámbitos tales como las relaciones familiares, el mercado de trabajo, la educación, la salud, los medios de comunicación, la política el arte; incluso, en la vida cotidiana⁶. Es por ello, que las inequidades y desigualdades de género al ser promovidas y legitimadas explícita y simbólicamente por la cultura, permean todas las esferas de la vida humana⁷.

Un campo donde convergen múltiples determinaciones y se hacen especialmente visibles las contradicciones de género es el de la salud, especialmente cuando se trasciende el plano meramente individual de los padecimientos personales y se asciende al plano colectivo donde se estudian las condiciones de salud de las poblaciones y grupos humanos, sean estos las clases sociales o las etnias o los miembros de un determinado género².

Las investigaciones de género y salud no se reducen al conocimiento de indicadores de enfermedades que afectan primordial o totalmente a un género, ni se limitan a buscar el nexo empírico de la patología femenina con factores sociales correlacionados, deben más bien explicar cómo intervienen las condiciones y relaciones de género en el proceso de determinación de la salud-enfermedad⁷. Tomando en cuenta que esas relaciones se modifican históricamente y tienen expresiones distintas en los diversos grupos humanos que una sociedad tiene.

Existen escasas investigaciones que estudian la salud enfermedad bucal desde una perspectiva de

género y su análisis debe ir más allá de analizar el sexo como una variable dicotómica, es importante identificar diferencias en los roles como hombres y mujeres que pueden ser indicadores de inequidades, y que se expresan en las diferencias en las prácticas de autocuidado, curación, rehabilitación y en políticas sociales de salud y utilización de los servicios de salud⁵. A pesar a pesar de la evidencia existente sobre las diferencias de sexo y de género en el estado de salud, las políticas de salud muy pocas veces son diseñadas y ejecutadas desde una perspectiva de género.

Ante estos planteamientos se espera que la realización de investigaciones desde la perspectiva de género pueda generar datos útiles que contribuyan a una planificación de políticas públicas de salud bucal más equitativas. Ruiz⁸ sostiene que la odontología ha tenido una tradición histórica de mercado con formación altamente tecnificada y carente de apoyo político y social en el desarrollo de políticas y servicios de atención; es decir, que se hace imperativo y urgente contribuir aún más el desarrollo de una odontología con visión social si se quiere disminuir las inequidades en salud.

Sustentado en estos planteamientos, el objetivo de la presente investigación fue analizar, desde la perspectiva de las inequidades de género, el proceso la salud/enfermedad en su componente bucal.

MATERIALES Y METODOS

Investigación cualitativa, con enfoque fenomenológico. Se conformó un grupo focal el cual desde una fundamentación epistémica se basa en el principio de complementariedad que subraya la incapacidad humana de agotar la realidad desde una sola perspectiva, enfoque o abordaje; sosteniendo que la descripción más rica de esa realidad física o humana se logra al integrar en un todo coherente y lógico los aportes de diferentes personas, con diversos puntos de vista⁹. Los grupos focales son un espacio de opinión para captar el sentir, pensar y vivir

Ciencia Odontológica

Vol. 17 N° 2 (Julio-Diciembre 2020), pp. 28-29

de los individuos, provocando auto explicaciones sobre un determinado tema. Se interpreta el sentido y significado que el sujeto de estudio le entrega para explicar y comprender los hechos investigados sin buscar la generalización de sus resultados¹⁰.

Se elaboraron categorías y subcategorías apriorísticas, “conceptos objetivadores” es decir, construidos antes del proceso de recopilación de la información, con el propósito de explorar el fenómeno de las construcciones simbólicas de hombres y mujeres, en los niveles general, particular y singular del proceso salud/enfermedad bucal desde la perspectiva de las inequidades de género.

El grupo focal estuvo integrado por seis (6) personas; tres (3) mujeres y tres (3) hombres, todos los interlocutores eran residentes de la comunidad “Los Olivos”, de la parroquia Idelfonso Vásquez ubicada al noroeste de la ciudad de Maracaibo-Zulia-Venezuela caracterizada por la heterogeneidad de los grupos sociales que la habitan, con sectores y urbanizaciones de clase media alta y también comunidades empobrecidas.

Se realizaron dos sesiones, en dos días consecutivos con una duración de una (1) hora y 30 minutos cada una, se obtuvo el consentimiento del grupo para grabar en audio sus intervenciones para lo cual se utilizó un equipo marca Olimpus™. El guion orientador utilizado fue revisado discutido y validado previamente por dos investigadoras de las ciencias sociales con formación en el tema de género y con investigadores adscritos al área de epidemiología y practica odontológica del instituto de Investigaciones de la facultad de odontología de la Universidad del Zulia.

Una vez concluida las dos sesiones con el grupo focal, se efectuó transcripción total y literal de los audios, eliminando solo los elementos que constituían interpretación de la información por parte del investigador-moderador del grupo. La selección final de la información se realizó tomando en cuenta dos criterios: la pertinencia al incluir solo la información que se relacionaba estrechamente con la temática y la

relevancia, dada por la recurrencia en relación con el tema que se abordaba¹¹.

Se realizó análisis de contenido a partir del discurso de los participantes, aproximándonos a la interpretación del sentido y significado que los sujetos de estudio expresaron para explicar y comprender la temática abordada, conservando términos y expresiones originales empleados por los miembros del grupo focal. El procedimiento utilizado fue de transcripción, lectura, revisión, segmentación y codificación.

RESULTADOS

Los participantes del grupo focal fueron seis (6); tres mujeres y tres hombres, con un promedio de edad de 45.3 años, de las mujeres participantes una (1) estaba casada (1), una (1) en unión libre (1), y una (1) divorciada; en los hombres; dos (2), eran casados y uno (1) divorciado, Sus profesiones u ocupaciones eran: economista, (1) enfermera (1), peluquera (1) Ingeniero civil (1) mecánico automotriz (2).

La ubicación de las categorías y sub-categorías en los dominios general, particular y singular de la determinación social de la salud propuestos por Breilh² se muestran en el tabla 1.

DISCUSION

En esta investigación las aproximaciones, desde las inequidades de género, al estudio del proceso salud/enfermedad en su componente bucal, fueron asumida desde los niveles o dominios general, particular y singular propuestos por Breilh².

En este estudio el dominio general fue abordado con una aproximación analítica sobre la estructura económico-social del país y las políticas del estado venezolano sobre salud. El dominio particular se analizó a través de la categoría patrones de consumo odontológico, en el cual se examinaron las subcategorías acceso a los avances de la Atención odontológica rehabilitadora y odontología estética. En

Tabla 1. Niveles, sistema categorial y sub-categorial asociado.

NIVEL	CATEGORIAS	SUB CATEGORIAS	PALABRAS TEXTUALES (INTERLOCUTORES) MAYOR RECURRENCIA	PALABRAS TEXTUALES (INTERLOCUTORES) MAYOR ELOCUCENCIA
General	1. Políticas de salud del Estado Venezolano	Programas de salud general y odontológicos	<p>...“Los gobernantes no visitan las comunidades para elaborar políticas que vayan en sintonía con las necesidades de salud, no realizan mesas de trabajo, no convocan a la comunidad, los gobernantes de turno, hacen lo que se les haga más fácil”...</p> <p>“Los beneficios de la atención odontológica para la salud bucal es igual para hombres y mujeres</p>	<p>...“Cada persona mujer, hombre, tiene necesidades iguales de salud, pero diferentes, y las autoridades gubernamentales emprenden acciones elaboradas de acuerdo a sus intereses y no desde el padecimiento que existe entre cada uno de nosotros...actúan por lo que ellos consideran que es lo que merece el pueblo, ellos tienen el poder y son los que deciden”.</p>
Particular	2. Patrones de consumo odontológico	2.1. Acceso a los avances de la Atención odontológica rehabilitadora	<p>“En la odontología ahora predominan patrones de dientes y sonrisas bellas más marcados hacia las mujeres que a los hombres, y eso se ve por medio de los folletos y las propagandas televisivas”...</p>	<p>Existen muchos avances en los tratamientos odontológicos más fáciles, más rápidos y también más caros... prótesis, brackets, implantes, blanqueamiento, carillas, calza de porcelana,”... no hay diferencias si es hombre o mujer para recibirlos, depende es del costo y del interés de cada persona...</p>
		2.2. Odontología Estética	<p>“No hay diferencias entre hombre y mujer para los cuidados de la boca porque los daños y beneficios son los mismos para ambos”...</p>	<p>“La imagen casi siempre es de una mujer ya que da más impacto en el mercado la mujer que el hombre”... “sonrisa con dientes derechos y otros atributos que la hacen lucir llamativa al ojo del hombre;... que de esa manera tiene que ser la mujer de hoy en día ¡Perfecta! ... los muchachos, hembras y varones, tienen un afán por ir al odontólogo, pero es para que le coloquen brackets... ahora solo piensan en tener los dientes derechos”...</p>
Singular	3. Prácticas de hombres y mujeres en cuanto a la salud/enfermedad bucal	3.1. Significados	<p>“No hay diferencias entre hombre y mujer para los cuidados de la boca porque los daños y beneficios son los mismos para ambos”...</p>	<p>No existen prácticas de salud bucal que beneficien más a mujeres que a hombre ...Sin embargo desde el hogar las mujeres son más obedientes con su aseo y cuidado bucal... eso se debe a que se le pone más carácter a la mujer que al hombre, al hombre “lo dejan estar” ...</p> <p>“Una a sus hijos los educa sobre visitar al odontólogo periódicamente, cepillarse... reforzándole en la escuela”...</p>

Fuente: Chacín, Fox, Vargas

el dominio singular (S) se abordó los significados de los participantes del grupo focal sobre las prácticas de hombres y mujeres en cuanto a la salud/enfermedad bucal.

En el marco del dominio o nivel general, se analizó las maneras como el Estado venezolano ha generado políticas referidas a la salud. Es necesario partir de la premisa que estas se sustentan y construyen

en el contexto de una relación de fuerzas entre los principales actores de la estructura económico-social imperante.

En Venezuela la economía se ha caracterizado desde la tercera década del siglo XX, por ser petrolero-rentista, con poca diversificación del aparato productivo. La debilidad de este tipo de economía reside en su altísima vulnerabilidad a la

Ciencia Odontológica

Vol. 17 N° 2 (Julio-Diciembre 2020), pp. 30-31

variación de los precios internacionales del petróleo, un factor que es externo e incontrolable por actores sociales o políticos del país¹².

A partir del año 2000 comienza una transformación política hacia lo que el gobierno de turno identificó como un modelo de socialismo. Siendo la venezolana una economía que a lo largo de su proceso de modernización ha tenido como su principal eje dinamizador el ingreso fiscal petrolero, las políticas económicas dirigidas a alcanzar esta transformación se siguieron apoyando en ese ingreso. En ese sentido se implantó entonces un socialismo *rentista*, que comparte rasgos esenciales con el modelo capitalista *rentista*.¹³.

Este tipo de economía dio forma también a un petro-estado ineficiente, con altos niveles de corrupción, situación propiciada y no corregida a la llegada de los gobiernos democráticos del siglo XX¹² y aumentada actualmente en el llamado socialismo del siglo XX. En la actualidad se presenta una amplia volatilidad del gasto público, endeudamiento externo, sucesivas devaluaciones de la moneda, altos volúmenes de importación y extenso sector informal en el mercado de trabajo¹⁴ Aunado a ello también presenta altos índices inflacionarios que según cifras oficiales del Banco Central de Venezuela¹⁵ solo en el acumulado de los meses de enero a julio de 2020 la inflación fue de 184,5; estadísticas no oficiales reportan cifras cercanas al 10.000% el año pasado¹⁶

Un aspecto central de la crisis por la que atraviesa actualmente la sociedad venezolana ha sido el exacerbado estatismo, la reducción, casi a la mitad del aparato productivo industrial, López¹³ sostiene que el proyecto del socialismo del siglo XXI en Venezuela, no supo o no pudo en estos años construir un plan económico de larga data que remontase el carácter petrolero rentístico de la economía y que levantase las bases de un modelo productivo no dependiente de los vaivenes del precio internacional del petróleo.

Esas características del modelo económico social actual del Estado Venezolano han impactado en su sistema de salud, profundizando problemas de

vieja data como la fragmentación, segmentación y “privatización” del sistema. El financiamiento de la salud es mayoritariamente privado, ya que cada vez más el paciente y su grupo familiar deben asumir los costos de insumos médicos y tratamientos médicos-odontológicos para restituir su salud. El gasto destinado a este sector resulta reducido y cambiante debido a las fluctuaciones de los precios del petróleo del cual depende casi la totalidad del gasto público¹⁴. Los hospitales y ambulatorios se enfrentan en la actualidad y regularmente a cortes de energía eléctrica y a la escasa y poco oportuna de suministros médicos básicos; se estima que aproximadamente 4 millones de personas han emigrado del País, incluidos trabajadores de la salud y especialistas en el área médica¹⁶.

Las políticas del sistema de salud aun cuando en el discurso expresan aproximaciones a las explicaciones del proceso salud/enfermedad basadas en los determinantes sociales de la salud en la práctica sigue persistiendo su abordaje desde las explicaciones biomédicas obviando los elementos subjetivos sobre las necesidades que padece el sujeto social desde lo económico, la pertenencia étnica, de clase social y de género². La frecuencia de los diversos problemas de salud que afectan a los hombre y mujeres, sus propias explicaciones causales y acciones de autocuidados respecto a la salud, vista desde su posición de género, llevan implícitos diversas concepciones, significados y saberes que deben ser consideradas al momento de formular políticas y programas de salud⁵.

Sin embargo, asumir una perspectiva de género en las políticas de Estado se hace particularmente difícil; Rodríguez¹⁷ señala que Incluir la perspectiva de género en la institucionalidad del Estado en cualquier país latinoamericano es una tarea de alta complejidad y que los procesos de institucionalización de género están estrechamente imbricados, con las dinámicas políticas, institucionales, culturales nacionales y globales. Sostiene además que los obstáculos de su implementación expresan la complejidad que enfrenta la inclusión de los problemas de género en la gestión

institucional. La implementación de las políticas de género exige entonces atravesar barreras ideológicas, políticas, procedimentales, organizacionales y administrativas.

En general; las políticas de salud, incluidas las del componente bucal, obedecen en su diseño a la estructura económico-social imperante en cada sociedad; Silverman y col¹⁸ señalan que las políticas y programas de los propios sistemas de salud deben trabajar en promover la equidad en salud, pero a pesar de ello, por sus lógicas, por sus intereses o por su historia, en determinados contextos, los mismos sistemas de salud son parte del problema, profundizando y reforzando las inequidades en salud.

Las políticas de salud, incluidas las del componente bucal siguen adoptando el antiguo y fallido esquema de ser diseñadas desde los altos niveles gubernamentales, "desde los escritorios". Esta realidad la expresan los interlocutores, en esta investigación cuando manifiestan elocuentemente...

"Cada persona mujer, hombre, tiene necesidades iguales de salud, pero diferentes, y las autoridades gubernamentales emprenden acciones de acuerdo a sus intereses y no desde el padecimiento que existe entre cada uno de nosotros...actúan por lo que ellos consideran que es lo que merece el pueblo, ellos tienen el poder y son los que deciden". (tabla 1.)

Silverman y col¹⁸ afirma que tales políticas no tienen rostro preciso de la población a la que se dirigen; y se manifiestan como: "igual para todos" como si tuvieran las mismas necesidades y características, que tratan a los ciudadanos como si estuvieran en igualdad de condiciones en cuanto a de información, organización, acceso a servicios, cultural e historia. Es decir cómo sino existieran diferencias o especificidades en cuanto a clase social, etnia y género.

En cuanto al dominio particular, la categoría relacionada a los patrones de consumo odontológico fueron desglosadas en dos subcategorías; acceso a los avances de la atención odontológica rehabilitadora y

odontología estética.

Para abordar la subcategoría acceso a los avances de la atención odontológica rehabilitadora, debe tenerse en cuenta no solo la disponibilidad de infraestructura, equipos, y personal de odontología, sino la disponibilidad del paciente para acudir a la consulta ya sea privada o pública, y el medio o disponibilidad económica para asumir los costos de los tratamientos requeridos, especialmente cuando se trata de tratamientos rehabilitadores; estos aspectos constituyen las principales barreras para recibir atención odontológica, y más si se trata de grupos poblacionales en condición de vulnerabilidad socio-económica. El costo de la atención odontológica puede determinar su utilización, con consecuencias para la salud bucodental de las personas con menos recursos económicos, y es en esos grupos donde se presentan los más elevados índices de enfermedades bucodentales¹⁹.

Según la Federación Dental Internacional(FDI)²⁰ a nivel mundial, las enfermedades bucodentales ocupan el 4to lugar como las patologías más costosas de tratar y sostiene que hoy en día vivimos en una era caracterizada por grandes avances en investigación y tecnología y en la odontología, éstos adelantos se centran principalmente en la mecánica y la biofísica del tejido conjuntivo, ingeniería de tejidos, biotecnologías; y especialmente en lo que respecta a los biomateriales dentales, a este respecto sostienen que en muchas partes del mundo, las soluciones alternativas al uso de la amalgama no están disponibles o bien son económicamente inasequibles. Por lo que plantean que existe la imperiosa necesidad de desarrollar una alternativa de biomateriales seguros, eficaz y asequible para una utilización a escala mundial.

Basto y col²¹ reportó que entre los motivos mencionados por los pacientes respecto a la falta de atención odontológica, el 89% señaló al factor económico, es decir la imposibilidad de cubrir los costos de los tratamientos y el 36% señaló la falta de interés personal.

En este estudio los interlocutores señalaron no

Ciencia Odontológica

Vol. 17 N° 2 (Julio-Diciembre 2020), pp. 32-33

percibir diferencias de género para tener acceso a los beneficios de la atención odontológica rehabilitadora, sin embargo manifestaron claramente que las razones para la accesibilidad a la misma estaban asociadas a sus costos y al interés personal, develando inequidades relacionadas con la condición socioeconómica. Estas aseveraciones se pueden evidenciar en las siguientes expresiones:

“Existen muchos avances en los tratamientos odontológicos, prótesis, brackets, implantes, blanqueamiento, carillas, calza de porcelana, las operaciones maxilares, todos más fáciles, más rápidos pero más caros”... no hay diferencias si es hombre o mujer para recibirlo, depende del costo y del interés de cada persona... (tabla1)

Esta situación se hace más evidente al tratarse de tratamientos como la rehabilitación protésica o la aparatología ortodóntica a las cuales los sectores menos favorecidos no tienen acceso. Silberman y col¹⁸ señalan que los sistemas de salud, promueven la desigualdad al dejar el acceso a muchos tratamientos odontológicos en manos del mercado afirmando que los propios sistemas de salud colocan en situación de desventaja a personas cuya situación social ya es de por sí desventajosa y que debe incorporarse en el análisis de los determinantes sociales de la salud los análisis de costo-efectividad; costo-beneficio y costo-oportunidad

Solaberrieta y col²² manifiestan que la odontología ofrece un largo historial de soluciones a las diversas necesidades de los pacientes, especialmente en lo referente a la fabricación de restauraciones dentales que permiten no sólo mejorar la calidad de las restauraciones dentales sino que además, su proceso de fabricación que resulta mucho más eficiente a la hora de darle solución a un padecimiento dental.

Navas y col²³ plantean que la praxis odontológica ha mostrado, sobre todo en las últimas décadas, una importancia excesiva hacia los avances tecnológicos, lo que ha reforzado su tendencia a la mercantilización.

Aun cuando es innegable la importancia de avanzar hacia la generación de tratamientos altamente tecnificados, no menos cierto es que se hace irrefutable la necesidad de profundizar mucho más en la generación de políticas y programas que contemplen en el abordaje de la salud bucal las perspectivas de género, clase y etnia para mejorar efectivamente las condiciones de salud de la mayoría de la población.

En cuanto la subcategoría, odontología estética; González y col²⁴ señalan que en el tratamiento de ortodoncia, en un principio, la meta primaria era la oclusión dental y la secundaria las relaciones esqueléticas; en la actualidad, se sigue el «paradigma del tejido blando», donde se busca obtener la mejor adaptación y proporción posibles de los tejidos blandos faciales y, en segundo término, la oclusión. Estos autores afirman que esto reconoce de manera explícita que la mayor meta del tratamiento de ortodoncia en la mayoría de los pacientes- es la mejoría de la estética facial y no únicamente lo funcional y que el paciente busca dientes bien alineados y una apariencia facial atractiva por ser considerada mejor aceptada socialmente.

Lo anterior obedece a una cultura de la belleza según cánones impuestos y que se ven reforzadas en los medios de comunicación audiovisuales, escritos, las redes sociales, que por lo general muestran personas, con mayor énfasis mujeres, con excelente apariencia, dientes blancos, bien alineados, y bonita sonrisa que proyectan belleza y éxito, por lo que la imagen de la “perfección facial” se relacionará más con la perfección de los dientes, que con la funcionalidad o salud bucal óptima. Borrás²⁵ sostiene que en la actualidad el estereotipo femenino en publicidad sigue destacando la belleza y advierte que la mayor presencia de la mujer en el ámbito público ha ido acompañada de una mayor presión para estar siempre visible, siempre agradable a los ojos de los otros.

Los interlocutores reafirman tales nociones al expresar:

...La imagen que colocan casi siempre es de una mujer

ya que genera más impacto en el mercado la mujer que el hombre"... "sonrisa con dientes derechos y otros atributos que la hacen lucir esbelta y llamativa al ojo de los hombres;... que de esa manera tiene que ser la mujer de hoy en día ¡Perfecta! (tabla1).

... "Ahora los muchachos, hembras y varones, tienen un afán por asistir al odontólogo, pero es para que le coloquen brackets... ahora solo piensan en tener los dientes derechos"... (tabla1).

La última subcategoría abordada, ubicada en el dominio o nivel singular, fue los significados de las prácticas de hombres y mujeres en cuanto a la salud/enfermedad bucal.

Respecto a estas prácticas los interlocutores de este estudio afirmaron *"No existen prácticas de salud bucal que beneficien más a mujeres que a hombres... Sin embargo se puede ver que desde el hogar las mujeres son más obedientes con su aseo y cuidado bucal... eso se debe a una cuestión de que se le pone más carácter a la mujer que al hombre... el hombre en muchas ocasiones está marcado por el libre albedrío, "lo dejan estar"... (tabla1).*

Estas afirmaciones tienen que ver con el hecho de que las prácticas y cuidados de la salud bucal en sí mismas no son diferentes entre los géneros, ni los beneficios que se obtienen, sin embargo, vale la pena destacar el hecho de que si consideran la existencia de diferencias atribuibles a que a la mujer, desde su crianza se le impone la obediencia en varios aspectos, entre ellos el cuidado personal que incluye la higiene y cuidado bucal, en contraposición al hombre en el que se le deja a su elección por ser varón.

Un estudio realizado por Perálvarez-Aguilera²⁶ reportó un mayor porcentaje de niñas que se cepillaban los dientes después de cada comida y comenzaron a cepillarse antes de los 5 años. En los niños, el porcentaje que no se cepillaban los dientes después de cada comida fue alto, refiriendo el olvido y la falta de ganas como la causa más frecuente de dificultad del cepillado. Mazarro²⁷ encontró que las mujeres cuidaban más su dentadura, ya que se cepillaban con

más frecuencia y utilizaban más el hilo dental; daban una mayor importancia a la estética y a la salud bucal y demandaban más los servicios odontológicos que los hombres.

Estrechamente relacionado con lo anterior se evidencia que en nuestra sociedad y en la mayoría de las sociedades persiste el estereotipo de que es a la mujer a quien corresponde la crianza de los hijos, los cuidados de salud y la educación al interior del hogar asumiendo y cumpliendo este rol como algo "natural" de sus prácticas sociales, delegando el reforzamiento de las prácticas de autocuidado de la salud bucal a las instituciones educativas sin involucrar al resto de la familia, sobre todo a la figura paterna. Estas explicaciones se sustentan en lo manifestado por las participantes cuando expresaron: *"Una a sus hijos los educa sobre visitar al odontólogo periódicamente, cepillarse... reforzándole en la escuela"... (tabla1)*

En este estudio se concuerda con la premisa que la determinación social de la salud es el concepto que permite explicar y comprender el proceso salud/enfermedad en general y en su componente bucal ya que crítica, y cuestiona la estructura económico social sobre la que se sustenta el Estado petro-rentista, sus políticas de salud, la organización de los servicios y los tratamientos odontológicos tradicionales de baja cobertura, de alto costo y el mercado mercantilismo que prevalece, también que esta premisa con suficiente sustento filosófico, epistémico y científico aboga, defiende y reclama la consideración de la salud como derecho universal y el estudio de la salud enfermedad a partir de un análisis sociocultural e histórico de cada población y su abordaje desde la llamada triple inequidad de clase social, etnia y género.

Se concluye que en este estudio, las inequidades de género en cuanto al proceso salud/enfermedad en su componente bucal, fueron escasamente percibidas de modo abierto por los interlocutores; sin embargo se observó que emergieron algunos elementos que pudieran dar indicios una ciencia crítica con respecto a los roles asumidos por las mujeres y hombres en su cotidianidad en los aspectos relacionados a las políticas

Ciencia Odontológica

Vol. 17 N° 2 (Julio-Diciembre 2020), pp. 34-35

de salud, los patrones de consumo odontológico y las significaciones de sus prácticas.

El análisis, desde una perspectiva de género, del proceso salud enfermedad bucal permitirá el uso de una herramienta conceptual que busca mostrar que las

diferencias entre mujeres y hombres se dan no sólo por su determinación biológica, sino fundamentalmente, por las diferencias culturales asignadas a los seres humanos y en consecuencia contribuir a develar las inequidades que en ello pudieran estar presente.

REFERENCIAS

1. Moscoso Rojas Betsy, Huamán Angulo Lizardo Núñez Vergara Manuel, Llamosas Felix Ena, Perez Walter Inequidad en la distribución de recursos humanos en los establecimientos del Ministerio de Salud de cuatro regiones del Peru. Rev An Fac Med. 2015;76:35-40
2. Breilh Jaime Las tres 'S' de la determinación de la vida.10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud. Capítulo 4 del libro Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária. Passos Nogueira Roberto (compilador) Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, CEBES. Rio de Janeiro, 2010. 200 p
3. Arcaya MC, Arcaya AL, Subramanian SV. Inequalities in health: definitions, concepts, and theories. Glob Health Action. 2015. (8):27. Doi: <http://dx.doi.org/10.3402/gha.v8.27106>
4. Breilh J. Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad. Buenos Aires. Editorial Lugar. 2003.
5. Agudelo-Suarez A, Lopez-Vergel F, Alzate-Urrea S, Lopez-Orozco C, Espinoza-Herrera E, Posada-Lopez A, Meneses-Gomez EJ. Salud bucal y Genero en relacion a la poblacion adulta mayor atendida en la red hospitalaria publica de Medellin: los puntos de vista del personal de salud. Univ. Salud.2016, 18(1):58-68
6. Bogino M, Fernández P. Relecturas de género: concepto normativo y categoría crítica. Revista Scielo. 2017; Vol 5 (45): 12-21.
7. Breilh J. El género entre fuegos Inequidad y esperanza. Universidad Andina Simón Bolívar. Ecuador.1996. 256p.
8. Ruiz DC, Morales C. Determinación social del proceso salud-enfermedad bucal: una aproximación histórico-social en cuatro países latinoamericanos. Invest Educ Enferm. 2015; 33 (2): 248-259.
9. Martínez Miguélez, M. Los Grupos Focales de Discusión como Método de Investigación. Revista Heterotopia. 2004.10(26):59-72
10. Hamui-Sutton Alicia, Varela-Ruiz Margarita La técnica de grupos focales. Inv Ed Med 2013;2(1):55-60
11. Gurdián-Fernández Alicia. El Paradigma Cualitativo en la Investigación Socio-Educativa. Editorial Coordinación Educativa y Cultural Centroamericana (CECC). Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI) 2007. Costa Rica.
12. López Maya, Margarita, y Lander, Luis E. El socialismo rentista de Venezuela ante la caída de los precios petroleros internacionales. Cuadernos del Cendes.2009. 26(71) 67-87.
13. López Maya Margarita. La crisis del chavismo en la Venezuela actual. Estudios latinoamericanos, nueva época. 2016. 38:159-185.
14. Carrillo Roa, Alejandra. Sistema de salud en Venezuela: ¿un paciente sin remedio? Cad. Saúde Pública 2018.34 (3): 56-62
15. Banco Central de Venezuela. Índice de inflación. Julio 2020. Disponible en www.bcv.org.ve/estadisticas/consumidor
16. Parkin Daniels Joe. Venezuelan migrants “struggling to survive” amid COVID-19. World Report. 2020 (395) March 28. Disponible en www.thelancet.com
17. Rodríguez Gustá, Ana María. Marchas y contramarchas en las políticas locales de género: dinámicas

- territoriales y ciudadanía de las mujeres en América Latina. *Espacio Abierto*. 2020. 29(2): 241 - 244.
18. Silberman, Martín; Marín, Gustavo; Pozzio, María; Sanguinetti, Carlos. El rostro sin dientes del sistema de salud. Salud bucal y el sistema de salud como determinante social. Una experiencia en la provincia de Buenos Aires, Argentina *Archivos de Medicina Familiar y General* 2013; 10(1): 22 - 29
 19. Canseco Prado Gabriel, Jarillo Soto Edgar Carlos. Acceso y práctica odontológica en ámbito de atención privada. *Representaciones sociales y salud bucal Rev. Odont. Mex.* 2018. 22 (3): 128-136
 20. Federación Dental Internacional. 2015. Llevar al Mundo hacia una Salud Bucodental Óptima Visión 2020 de la FDI. Delinear el futuro de la salud bucodental. Disponible en https://www.fdiworldddental.org/sites/default/files/media/resources/vision_2020_spanish.pdf
 21. Basto-Ojeda Carmen, Colomé-Ruiz Gabriel, González-Solano Patricia, Pinzón-Te Alicia, Pérez-Traconis Laura .Motivos por los cuales el paciente con problema ortodóntico no ha acudido para su atención. *Rev Tamé* 2018; 7 (20): 759-764.
 22. Solaberrieta E, Mínguez R, Barrenetxea L, Etxaniz O, Goikoetxea N, Otegi J, Brizuela A, Arias A. Integración de la Ingeniería en la Odontología. Universidad del País Vasco. *Revista DYNA* 2015 90 (1): 22:25
 23. Navas Perozo, Rita; Álvarez Montero, Carmen; Rojas de Morales, Thaís ; Cabrera Colmenares, Rafael ; Chacín Espina, Ada. Concepciones de la salud/enfermedad bucal: aproximaciones desde una perspectiva de género. *Revista Ciencia Odontológica*. 2012. (9) 2:103-111
 24. González Murillo Jose, Rabchinsky David, Ondarza Rovira Ricardo, Justus Doczi Roberto, García López Salvador Evaluación de la confianza personal, impacto psicosocial y calidad de atención recibida de pacientes jóvenes y adultos posterior al tratamiento de Ortodoncia. *Revista Mexicana de Ortodoncia* 2018;6 (1): 8-15
 25. Borrás Catala Vicent. Las desigualdades en el consumo a través del género RES. *Revista Española de Sociología*. 2007. 8: 139-156.
 26. Perálvarez-Aguilera Francisca, Valero-Juan Luis Félix, Delgado-Muñoz José María Diferencias de género en los hábitos de salud oral en escolares. *Revista atención Primaria*. 2012.44(9): 565-567
 27. Mazarro Bodega Gema. Análisis de las diferencias de género en el cuidado bucodental. *Gaceta dental*. 2012: 241