



Casa abierta al tiempo

Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco
División de Ciencias Biológicas y de la Salud
Departamento de Atención a la Salud
Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva

**“Clase social, modos de vida y salud bucal en
Colombia: Un aporte analítico-metodológico”**

**Tesis que para obtener el grado de
Doctora en Ciencias en Salud Colectiva**

Presenta
Adriana Gisela Martínez Parra

Director de Tesis (Interno)
Sergio López Moreno

Director de Tesis (Externo)
César Ernesto Abadía Barrero

Asesor
Ignacio Méndez Ramírez

7 de diciembre de 2017

*A mi madre, mi abuela y todas las mujeres que han acompañado mi vida.
Todas y cada una de ellas me han enseñado la
importancia de hacer un camino propio.*

Agradecimientos

A César Abadía por acompañar mis procesos académicos y laborales desde hace un poco más de una década, y enseñarme a entender el mundo desde una perspectiva crítica.

Al Dr. Ignacio Méndez Ramírez y el maestro Chiharu Murata por la paciencia y por compartir conmigo sus conocimientos. Sin su guía y la del maestro Ignacio Méndez-Humarán los análisis estadísticos no hubiesen sido posibles.

A Sergio López, Oliva López y Alejandra Moreno que me apoyaron incondicionalmente cuando este proyecto de tesis doctoral empezó a tomar forma y me acompañaron en el proceso. A la Dra. Aida Borges por la lectura juiciosa del documento y los comentarios para mejorarlo.

A la doctora Carolina Tetelboin por la dirección de tesis durante el primer año de doctorado

A Elizabeth Suarez y Hanner Sánchez quienes fueron un apoyo fundamental para entender los pormenores del ENSAB IV.

A Liliana, Fernando y Alex que me recibieron cuando llegué a esta ciudad y me han brindado su apoyo incondicional durante estos años. A las y los amigos en México María Luisa, Catalina, Claudia, Rocío, David, Laura y todos aquellos y aquellas que han estado a mi lado en los días maravillosos y los no tan buenos en este país. A las y los amigos en Colombia, María Yaneth, Indira, Ana María, John Mario, Luis Alberto, Fabián que aún en la distancia han estado cerca en cada momento. Todas y todos ustedes son la familia que escogí.

A los miles de colombianos y colombianas que participaron del ENSAB IV. Al Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia que me facilitó el acceso a los datos (El ENSAB IV fue financiado mediante contrato 853 of 2012).

A los millones de mexicanos y mexicanas que trabajan arduamente cada día, y a través del pago de impuestos hacen posible que la educación de alto nivel sea posible para cientos de latinoamericanos y latinoamericanas como yo (Beca doctoral CLACSO-CONACYT N° 642860/570578 y Beca de proyecto de Investigación “Migración andina indocumentada en Buenos Aires, Santiago de Chile y Sao Paulo: política pública y actores sociales – Convocatoria SEP-CONACYT 2013).

Resumen

La Determinación Social, —una de las principales categorías de la Salud Colectiva Latinoamericana — se ancla en las teorías críticas para entender las inequidades del proceso salud-enfermedad-atención en el marco de los procesos de transformación de acumulación de capital. Este marco conceptual propone revisar las inequidades en tres niveles interrelacionados: uno general, que se refiere a las formas de organización de la sociedad; uno particular, modos de vida, que da cuenta de las formas de vida que comparten los grupos; y uno individual, estilos de vida, fenotipo y genotipo relacionado con las decisiones y características biológicas individuales.

Dentro de las sociedades capitalistas, la categoría de análisis más relevante es la de Clase Social. De acuerdo con la economía política clásica, son las relaciones de dominación/explotación y participación de los medios de producción y de la riqueza socialmente producida lo que ubica a las personas en un lugar de “privilegio” o de “explotación”. Carlos Marx denominó clase burguesa y clase proletaria a las clases antagónicas del capitalismo. Las transformaciones en las formas de acumulación de capital han transformado el trabajo y las relaciones de clase, por ello el panorama de análisis de clase en la actualidad es mucho más complejo. La clase social corresponde al nivel más general de determinación

En el segundo nivel o dimensión de la determinación social se encuentran los modos de vida, dado que representan la posibilidad de explicar cómo y por qué determinados grupos, en este caso clases sociales que viven en determinados contextos, bajo determinadas condiciones materiales presentan distintos patrones de distribución de los procesos salud enfermedad y distintas formas de acceso a tratamiento. La categoría “modo de vida” hace las veces de mediador en esa relación estructura-individuo/sujeto, permitiendo estudiar las dinámicas sociales de los colectivos, en relación con procesos subjetivos más individuales y las dinámicas históricas que afectan el grupo. Sin embargo, es justamente en este nivel medio en el que menos avance analítico-metodológico se ha hecho desde la Salud Colectiva.

El IV Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB IV) en Colombia fue diseñado bajo el marco conceptual de la Determinación Social de la Salud. En la literatura es frecuente encontrar estudios de desigualdad en salud bucal que han dado cuenta de diferencias en la distribución de la enfermedad por edad, sexo, pertenencia étnica, clase sociales (en versiones cercanas a la estratificación social, casi todos). Sin embargo, entre estas diferencias bien documentadas queda una pregunta por el contexto en el que suceden dichas relaciones y qué está mediando dicha relación. Esta tesis tiene como objetivo comprender la relación entre clase social, modos de vida y la caries dental (índice COP) y las posibilidades de acceso a tratamiento de la misma (índice de cuidado e índice de necesidad de tratamiento) a partir de los datos recolectados en el ENSAB IV.

A partir del análisis secundario de los datos del ENSAB IV establecimos correlaciones entre variables para cada uno de los tres dominios de determinación social: general (posición de clase), particular (modos de vida) e individual (indicadores COP, cuidado y necesidad de tratamiento). En un segundo momento pusimos a prueba las relaciones entre los 3 niveles de determinación.

La primera etapa corresponde a una clasificación de posiciones de clase para Colombia, es decir —usando una combinación de análisis teórico (de las condiciones de trabajo de América Latina y el país) y metodológico (principalmente, haciendo uso de técnicas estadísticas multivariadas) — dar cuenta de las formas de organización de la sociedad, en este caso de la estructura de clase. Mediante un análisis de conglomerados de tipo jerárquico obtuvimos cinco posiciones de clase: empleados, trabajadores no calificados, jubilados/rentistas, desempleados, trabajadores independientes.

El segundo momento corresponde al análisis de modos de vida. Éste incluyó 2 tipos de análisis distintos: uno en la que establecimos, con un análisis de conglomerado de tipo jerárquico, una tipología de condiciones de vida: urbana media”, urbana popular y rural precaria tomando como referencia características de la vivienda, acceso a servicios públicos y alimentos y las zonas en las que viven las personas. En el segundo análisis, totalmente independiente del anterior, utilizamos correlaciones policóricas para establecer una variable numérica para condiciones de vida y cuidado-institucional-consumo, y posteriormente análisis de factores y ecuaciones estructurales para dar cuenta de las relaciones entre los tres componente de los modos de vida propuestos teóricamente: condiciones de vida, y el ciclo cuidado-particular-consumo/cuidado-institucional-consumo.

Para el primer tipo de análisis de modo de vida, mediante unos modelos de análisis de varianza evaluamos el efecto de posición de clase, condiciones de vida (conglomerados), y edad (dado que la caries dental es una enfermedad acumulativa a lo largo de la vida, y por lo tanto es importante controlar el efecto de la edad) en la salud oral (usando los indicadores COP, cuidado individual, y necesidad de tratamiento, los dos últimos dan cuenta del acceso a servicios de salud). De esta manera demostramos que las personas pertenecientes a las posiciones de clase más explotadas y que viven en peores condiciones de vida (rural precaria) tienen más enfermedad activa y mayores necesidades de tratamiento. Sin embargo, ello no se da en relaciones lineales, o unidireccionales.

Con el segundo tipo de análisis de modos de vida, mediante un análisis de factores, y ecuaciones estructurales establecimos las relaciones entre los tres componentes de los modos de vida y la dimensión singular representada por los indicadores COP, necesidad de tratamiento y cuidado individual). Este análisis nos permitió mostrar como el modelo teórico de los modos de vida compuesto por las condiciones de vida, y el

ciclo cuidado-particular-consumo era pertinente y como el factor resultante que denominamos modo de vida tenía una relación con los índices clínicos utilizados en el análisis. Finalmente, mediante un análisis de varianza, establecimos las relaciones entre las tres dimensiones de determinación: el general representado por la clase social (posición de clase), el particular representado por el modo de vida y el singular representado por los indicadores clínicos.

Esta tesis constituye un aporte analítico-metodológico en la medida que enmarca el análisis de los datos cuantitativos en un proceso de constante revisión de la teoría y del contexto en el cual fue recabada dicha información. También lo es en la medida que plantea un acercamiento a una clasificación de clases para el país, y de modos de vida en relación con ellas, creadas específicamente para el análisis del proceso salud-enfermedad-atención bucal.

Otro aporte analítico metodológico importante está relacionado con la superación del análisis “tradicional” de la estratificación, es decir, que no presentamos las relaciones clase social y enfermedad-atención bucal como gradientes, sino que mostramos las diferencias en la distribución de la enfermedad y posibilidades de acceso a tratamiento y cuidado en salud bucal como resultado de configuraciones de modos de vida distintas en relación con la clase social, en las que no necesariamente hay una relación directamente proporcional entre clases más explotadas y empobrecidas con mayor presencia de caries o menor tratamiento.

Como todo análisis enmarcado en una perspectiva marxista y desde la Salud Colectiva, estos análisis corresponden al contexto colombiano para el momento histórico actual. Posteriores análisis, o para contextos distintos, necesitan volver sobre el análisis de la situación de trabajo y del proceso salud-enfermedad-atención específico a estudiar.

Tabla De Contenido

Introducción	1
Problema de investigación	1
Objetivos	3
Objetivo General	3
Objetivos Específicos	3
Hipótesis	3
Marco Contextual	3
Panorama de la Caries Dental	3
Situación laboral de América Latina y Colombia	5
Marco Teórico	7
Determinación social de la salud	8
Metodología	24
Antecedentes del ENSAB IV	24
Metodología del ENSAB IV	25
Metodología de esta tesis	30
Población	31
Análisis estadístico	32
Resultados	45
Clase Social y Condiciones de Vida	47
COP (Cariados Obturados Perdidos)	49
Índice de Necesidad de Tratamiento (NT)	50
Índice de Cuidado (IC)	51
Modos de Vida	54
COP (Cariados Obturados Perdidos)	57
Índice de Necesidad de Tratamiento (NT)	60
Índice de Cuidado (IC)	63
Discusión	67
Conclusiones	71
Bibliografía	73

Índice de Figuras, Gráficas y Tablas

Figura 1. Marco conceptual.....	8
Figura 2. Modelo Conceptual de los Determinantes Sociales de la Salud.....	10
Figura 3. Modelo conceptual Determinación Social de la Salud	11
Figura 4. Análisis de Clase Intergrado de Wright.....	15
Figura 5. Modelo Analítico-Metodológico General	30
Figura 6. Modelo de Conglomerados de Posición de Clase	36
Figura 7. Modelo de Conglomerados de Condiciones de Vida	38
Figura 8. Modelo Clase Social y Condiciones de Vida.....	41
Figura 9. Modelo inicial de Ecuaciones Estructurales.....	43
Gráfica 1. Promedio del índice de necesidad de tratamiento por posición de Clase ajustado por edad.....	50
Gráfica 2. Promedio del Índice de Necesidad de Tratamiento por Condiciones de vida ajustado por edad.....	51
Gráfica 3. Promedio del Índice de Cuidado por Posición de Clase ajustado por edad..	52
Gráfica 4. Promedio del Índice de Cuidado por Condiciones de vida ajustado por edad	53
Gráfica 5. Análisis de Factores Confirmatorio COP	58
Gráfica 6. Promedio de COP por Edad y Modo de Vida	59
Gráfica 7. Promedio de COP por Posición de Clase y Modo de Vida.....	60
Gráfica 8. Ecuación estructural Índice de Necesidad de Tratamiento	61
Gráfica 9. Promedio de Índice de Necesidad de Tratamiento por Posición de Clase y Modo de Vida	62
Gráfica 10. Análisis de factores confirmatorio Índice de Cuidado Individual.....	63
Gráfica 11. Promedio de CI por Posición de Clase y Edad.....	64
Gráfica 12. Promedio del Índice de Cuidado Individual por Edad y Modo de Vida.....	65
Gráfica 13. Promedio de Índice de Cuidado Individual por Posición de Clase y Modo de Vida	65
Tabla 1. Matriz del componente de determinación social	27
Tabla 2. Personas Encuestadas por Región y Subregión.....	29
Tabla 3. Personas Encuestadas por Edad.....	29
Tabla 4. Recategorización de las variables categoría ocupacional y fuente de Ingresos	35
Tabla 5. Descripción Conglomerados de Posiciones de Clase.....	45
Tabla 6. Descripción sociodemográfica por clase social.....	46
Tabla 7. Descripción de los conglomerados de condiciones de vida.....	47
Tabla 8. Distribución de la población por posición de clase y condiciones de vida	48
Tabla 9. Descripción componentes principales de condiciones de vida	54
Tabla 10. Descripción componentes principales de cuidado-institucional-consumo	56

Introducción

Problema de investigación

Desde el paradigma biomédico y del riesgo las causas de la patología bucal se relacionan con características microbiológicas de la placa bacteriana, las características físico-químicas de la estructura dental (como problemas o defectos que crean espacios retentivos de placa bacteriana) y los tejidos de soporte del diente, alteraciones genéticas o en la formación del feto, factores ambientales, entre otras. En el plano comportamental factores de riesgo como hábitos de alimentación (altos consumos de carbohidratos y azúcares) e higiene (cepillado deficiente en frecuencia y calidad, y no uso de seda dental) no saludables, alto consumo de alcohol y tabaco; y un acceso deficiente a los servicios de salud bucal y a programas de prevención pondrían a las personas en mayor riesgo de adquirir una enfermedad bucal o tener consecuencias más graves cuando se presentan (Petersen, 2003; Petersen, Bourgeois, Ogawa, Estupinan-Day, & Ndiaye, 2005). En años más recientes se ha empezado a explorar el campo de los determinantes y las desigualdades sociales relacionados con la salud y la enfermedad bucal.

Las desigualdades en salud oral han sido ampliamente documentadas en las décadas recientes, particularmente en el marco de los determinantes sociales de la salud. Gracias a diversos estudios hoy se sabe que las personas que tienen menores ingresos y niveles educativos, pertenecen a estratos con menores recursos o clases sociales subalternas y empobrecidas, y habitan en zonas rurales presentan mayor presencia y severidad de enfermedades bucales, particularmente caries dental (Celeste & Nadanovsky, 2010; Edelstein, 2006; Gonçalves, Peres, & Marcenes, 2002; Jamieson, 2007; Medina-Solís et al., 2006; Pattussi, Marcenes, Croucher, & Sheiham, 2001; Singh, Rouxel, Watt, & Tsakos, 2013). Este panorama corresponde a ejercicios desde la epidemiología clásica y social para dar cuenta de los elementos sociales que afectan lo biológico. Por la forma en que estos análisis son hechos, categorías como clase social, estrato, ingreso, educación terminan siendo interpretadas como uno más de los factores de riesgo a los que las personas están expuestas, es decir que la relación entre lo biológico y lo social se presenta de una manera desarticulada y da la impresión que los factores sociales, culturales, políticos y económicos no son más que factores de riesgo contextuales.

Las acciones de intervención en salud bucal se enfocan en la fluoración masiva del agua o sal en el nivel poblacional; la promoción de hábitos de alimentación e higiene saludables, y facilitar el acceso a los servicios de salud bucal, en el nivel individual. Los

cambios positivos en los patrones de distribución de las patologías bucales se atribuyen a la acción decidida de los gobiernos, especialmente aquellos con mayores ingresos, para implementar las medidas anteriormente mencionadas (Duque Naranjo & Mora Díaz, 2012; Petersen, 2003). Aun cuando es ampliamente conocido que las condiciones de vida determinan de alguna manera la presencia y severidad de las patologías bucales, no existe ningún tipo de propuesta u abordaje al respecto (Petersen et al., 2005).

Una mirada crítica sobre la salud-enfermedad-atención oral permite entender que las características políticas, sociales y económicas son parte de un proceso histórico y social en el que los elementos biológicos, genotípicos y fenotípicos y de conducta individual tienen lugar en medio de ciertas formas de vivir que se configuran a partir de la pertenencia a determinados grupos sociales (clase social, género, etnia, entre otros). Y estos a su vez están inmersos en una estructura determinada por el modo de acumulación de capital predominante. Es justamente este nivel de análisis el objeto de estudio de esta tesis.

En un intento por avanzar en esta vía el IV Estudio Nacional de Salud Bucal de Colombia - ENSAB IV fue diseñado bajo el marco conceptual de la Determinación Social de la Salud, propuesta Latinoamericana que se ancla en las teorías críticas para entender las inequidades en los procesos salud-enfermedad-atención en el marco de procesos históricos de transformación en la acumulación de capital. La información recabada da cuenta de: una aproximación empírica a una clasificación de clase social, modos y estilos de vida de la población colombiana, así como información detallada respecto al estado de salud bucal. Los análisis iniciales de esta información corresponden a una etapa descriptiva y una aproximación a la caracterización de modos de vida y su relación con algunos indicadores de enfermedad bucal (Ministerio de Salud y Protección social, 2014a). Sin embargo, ninguno de estos análisis hizo un intento por articular las distintas dimensiones de la determinación social, entendiendo que la pertenencia de clase es quizás el elemento más importante que configura los modos de vida y éstas a su vez determinarían distintas prácticas o posibilidades de acceso a cuidado y tratamiento de enfermedades bucales, y todo ello signaría distintas expresiones de salud-enfermedad-atención, bucal. En esta tesis pretendemos dar cuenta de esos procesos de determinación social de la salud bucal expresados en la relación clase social, modos de vida y distintos indicadores relacionados con la caries dental y sus posibilidades de tratamiento.

El objeto de estudio surge en el encuentro de dos inquietudes investigativas, la primera relacionada con el problema de la salud bucal, en particular la caries dental y la otra la con la forma de aproximarse a medir las desigualdades en salud oral desde la perspectiva de la Salud Colectiva Latinoamericana, especialmente en los pocos

avances en términos del desarrollo metodológico para estudiar la categoría modos de vida.

Objetivos

Objetivo General

Comprender la relación entre clase social, modos de vida y enfermedad-atención bucal a partir de los datos recolectados para Colombia en el IV Estudio Nacional de Salud Bucal - ENSAB IV

Objetivos Específicos

- Proponer una forma de clasificación de posiciones de clase social para la población participante en el ENSAB IV
- Caracterizar los modos de vida en términos de condiciones de vida y el ciclo cuidado-institucional-consumo/cuidado-particular-consumo
- Establecer los patrones de distribución de la enfermedad – atención bucal en relación con la posición de clase y los modos de vida

Hipótesis

- La posición de clase se relaciona con las desigualdades en atención y cuidado odontológico/caries dental
- El modo de vida se compone de las condiciones de vida y, el ciclo cuidado-institucional-consumo/cuidado-particular-consumo
- La estructura de clases determina el modo de vida y, estos a su vez se relacionan con las desigualdades en atención y cuidado odontológico de la caries dental

Marco Contextual

Panorama de la Caries Dental (Petersen et al., 2005)

Las patologías bucales, particularmente la caries y la enfermedad periodontal son consideradas por la OMS como problemas relevantes de salud pública, dadas las altas prevalencias que tienen en todo el mundo. Sin embargo, su distribución muestra grandes disparidades entre regiones, países y grupos poblacionales y cambios a lo largo de la historia, explicadas en su mayoría por las desigualdades sociales.

La caries es la enfermedad bucal más importante, se considera que afecta entre el 60 y 90% de los niños en edad escolar y cerca del 100% de los adultos en el mundo. Al revisar los datos por región se encuentra que la experiencia de caries a los 12 años¹ es mayor en la región de las Américas (COP²=3) y Europa (COP=2,6) y es menor en los países africanos (COP=1.7) y los asiáticos en desarrollo. Para las personas entre 35 y 44 años mantiene una distribución similar, pero con un COP mayor.

Como consecuencia de la caries y la enfermedad periodontal se llega a la pérdida de los dientes en la adultez y la vejez. La proporción de personas mayores de 65 años edéntulas³ ha disminuido en algunos países industrializados, sin embargo, continúa siendo un problema importante en buena parte de los países de menor ingreso.

El caso colombiano (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014b)

En Colombia el IV Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB IV) mostró que la experiencia de caries⁴ aumenta con la edad. En dentición temporal (1, 3 y 5 años) es del 38.27%, a los 5 y 12 años (dentición mixta) llega a ser del 60.48%, a los 18 años aumenta súbitamente llegando a ser del 75.21%, entre los 20 y los 34 es del 87.37%, entre 45 y 64 asciende a 97,37%. Si se consideran las lesiones tempranas la experiencia de caries aumenta significativamente debido a “la aparición de nuevas lesiones, el avance de las no tratadas y las secuelas adquiridas a través del tiempo” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014b, p.4).

Al comparar el índice COP entre los últimos tres estudios nacionales (1977, 1998 y 2014) se encontró que a los 12 años el COP pasó de 2,5 en 1977 a 1,5 en 2014; en el grupo de 65 años y más en 1977 era de 21,9, y de 20,4 en 1998 y 2014.

Para 2014 en Colombia el 70,43% de las personas había perdido uno o más dientes, porcentaje que varía con la edad, a los 15 años un 15,28% de los adolescentes ya presentaba pérdida de algún diente (0.24 dientes en promedio), a los 18 años el porcentaje ascendía a 19,67%, entre los 20 y 34 años llegaba a 45,49% (1.25 dientes), entre los 35 y 44 años era de 82,69% (4.14 dientes en promedio), entre 45 y 64 años ascendía al 95,32% (10.18 dientes), hasta alcanzar su valor máximo entre los 65 y 79 años (98,90%, 19.97 dientes).

¹ Cabe resaltar aquí las críticas que ha recibido el uso de indicadores a los 12 años como patrón de comparación internacional, dado que a esta edad los dientes permanentes llevan poco tiempo en boca, y por tanto se subestima la realidad en la distribución de la caries (Duque Naranjo & Mora Díaz, 2012).

² El índice COP corresponde al índice que relaciona los dientes cariados, obturados perdidos y da una visión de la historia de la caries en la boca de una persona

³ El edentulismo hace referencia a la pérdida total o parcial de los dientes en una o las dos arcadas

⁴ La experiencia de caries hace referencia a los antecedentes de caries avanzada, dientes obturados o perdidos por caries

El edentulismo total superior está presente en el 11.12% de las personas, y se reporta entre los 20 y 34 años en el 0.02% de las personas, llegando hasta el 54.37% en los adultos entre 65 y 79 años. El edentulismo total inferior afecta el 5.76% de la población, se encontró en el 0.50% de las personas entre 25 y 44 años y llega hasta el 37,71% entre los 65 y 79 años. El edentulismo bimaxilar se encuentra en el 5.20% de la población, aparece en el 0.50% de los adultos de 35 años y llega hasta el 32.87% entre los 65 y 79 años. La pérdida de dientes provoca alteraciones funcionales y estéticas que afectan la calidad de vida de las personas. Una forma de medir el impacto de esta pérdida es evaluando la función masticatoria relacionada con la cantidad de dientes remanentes en boca. Del total de la población encuestada en el ENSAB IV el 12,59% de la población no contaba con una dentición funcional, es decir que tenían 15 o menos dientes en boca. A los 15 años el 76,27% de la población tiene una función masticatoria optima (tienen 28 dientes en boca), y este valor va disminuyendo con la edad, de manera que entre los 20 y 34 años apenas llega a 51,84%, entre los 35 y 44 años es de 16,29% y entre los 55 y 64 años esta presente solo en el 8,22% de los casos.

Este panorama muestra cómo los problemas de salud bucal terminan afectando la calidad de vida de las personas, por los problemas funcionales debidos a la pérdida de dientes o anomalías dentofaciales, las posibilidades de socialización por tener sonrisas con algunos dientes faltantes o en malposición, problemas de lenguaje, y dificultades para el consumo de alimentos, especialmente entre las personas que han perdido gran cantidad de sus dientes y no tienen posibilidades de restaurarlas.

Situación laboral de América Latina y Colombia

La clase social esta dada por la ubicación que tienen los sujetos de una sociedad en el aparato productivo, por ello es necesario revisar cómo se organiza el trabajo en un modo de producción determinado y cuales son sus características en esa estructura.

A diferencia de los altos niveles de empleo que caracterizaron Europa durante la segunda mitad del siglo XX, los países de América Latina mantuvieron bajos niveles de empleo y altos niveles de informalidad y trabajo agrícola. La persistencia de lo que se ha llamado “sectores de la economía tradicionales, retrógrados, secundarios, residuales o marginales” han caracterizado lo que se ha denominado como economías subdesarrolladas (Uribe & Ortiz, 2006). Lo esfuerzos para industrializar la economía regional durante la segunda mitad del siglo XX produjeron un significativo, pero parcial, incremento en el empleo informal. Para 1980, el sector de la agricultura aún representaba el 32% de la población económicamente activa (PEA), mientras el desempleo y el subempleo (incluye autoempleo y miembros de la familia no pagados) llegaron a ser hasta el 40% (Couriel, 1984; PREALC, 1991). Solo el 47% de la PEA en

los sectores no agrícolas tenía empleo formal y, por tanto pagaban impuestos (PREALC, 1991).

Como forma de reducir el trabajo informal y reducir las tasas de desempleo, las reformas neoliberales de los 80s y 90s atacaron los sindicatos y los contratos sindicales para hacer la mano de obra “flexible” (De la Garza, 2000; N. Klein, 2007). Cambios en los acuerdos de negociación y nuevas leyes laborales alteraron los derechos laborales, las condiciones de trabajo y las relaciones laborales, permitiendo contextos de trabajo desregularizado (Benach et al., 2014). Muchos trabajadores perdieron los contratos formales de tiempo completo y aquellos que mantuvieron este tipo de contratos perdieron algunos beneficios. Mucha de la PEA continuó como trabajadores informales o se quedaron desempleados. Contratos temporales o a través de terceros (empresas intermediarias para contratar personal) y la carga laboral aumentaron (Cruces & Ham, 2010) y, las tasas de desempleo aún se mantienen altas (Portes & Hoffman, 2003). Además, la seguridad social se fue privatizando a medida que los nuevos mercados de fondos de pensiones, aseguradoras en salud y de discapacidad laboral fueron proliferando en la región (Benach et al., 2014; Iriart, Elías, & Waitzkin, 2001).

La situación histórica de Colombia refleja en gran medida este panorama regional. Sin embargo, los académicos han subrayado cómo la proximidad de las elites colombianas con las instituciones financieras internacionales y, la ausencia de gobiernos de izquierda, en comparación con otros países de la región, han dado como resultado mayor consolidación de las lógicas neoliberales en el trabajo y la seguridad social (Garay, 1998; Restrepo, 2003). Un desafío para el análisis de Clase social y del trabajo en el país tiene su origen en las formas en las que los indicadores relacionados con el trabajo han sido transformados bajo las nuevas normas de “negocios y responsabilidad” que regulan la vida social y la política estatal en el neoliberalismo (CID, 2006). El Departamento Nacional de Estadística (DANE) de Colombia, y otras entidades públicas, desde hace mucho abandonaron las categorías tradicionales relacionadas con el trabajo y las reemplazaron por indicadores relacionados con la ocupación. Las encuestas oficiales definen la ocupación como las personas que trabajaron al menos una hora a la semana inmediatamente anterior, sin importar si reciben o no compensación económica (DANE, 2014). La Gran Encuesta Integrada de Hogares, es una de las encuestas hecha por el DANE y tiene como objetivo diferenciar la población en tres principales grupos de ocupación: ocupado, desocupado e inactivo. La población ocupada (57,3% de la PEA para febrero de 2017 (DANE, 2017a)) es posteriormente subcategorizada según la posición ocupacional en: autoempleados (43,5%), trabajadores y obreros del sector privado (38,9%), trabajadores no pagados (3,9%), empleados (3,8%), trabajadores y obreros del sector público (3,7%) trabajadores domésticos (3,2%) y jornaleros (2,8%). La tasa de desempleo en Febrero de 2017 ascendía al 10,5% (DANE, 2017a). Usando algunos parámetros de la

encuesta el DANE calcula la informalidad en el trabajo, 48,2% de la población se clasificaba como trabajadores informales para el mismo mes (DANE, 2017b).

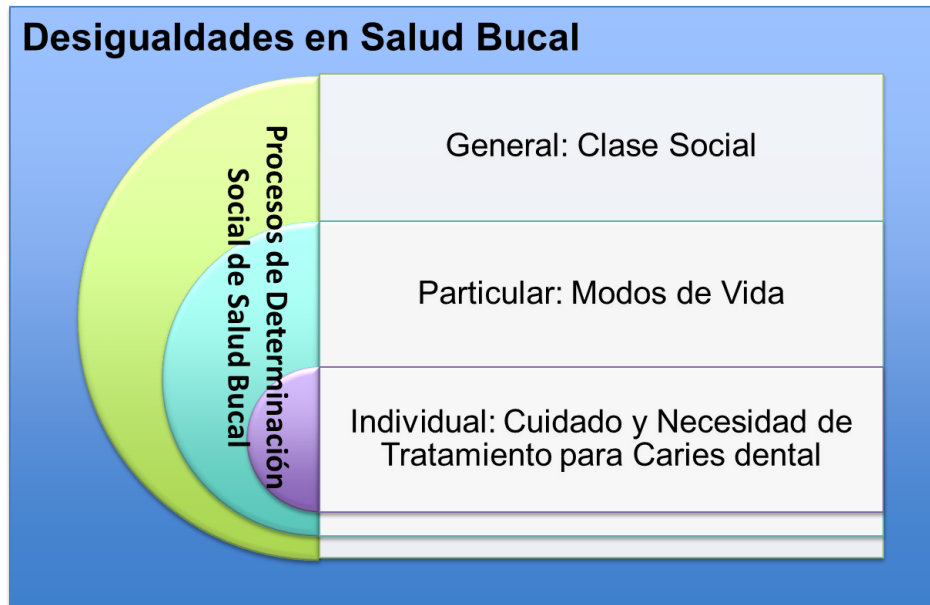
Algunos académicos de la economía y la estadística han hecho fuertes críticas a estos nuevos esquemas de clasificación, debido a sus múltiples problemas técnicos y políticos. No solo se ha vuelto muy difícil seguir las relaciones laborales, lo que impide análisis sociológicos adecuados, sino que los nuevos esquemas de clasificación ocultan la informalidad, el subempleo y el desempleo (CID, 2006; Portes & Hoffman, 2003).

La Salud Colectiva Latinoamericana ha abogado por la importancia de la categoría clase social como forma de develar cómo las relaciones sociales capitalistas influyen los procesos salud- enfermedad-atención en diferentes grupos poblacionales (Breilh, 2003; Laurell, 1982; López, 2013). El reto de actualizar la categoría clase social, reside en: el contexto de trabajo precarizado y de flexibilización laboral previamente descrito, el aumento de las desigualdades fuera de la concentración del capital en las élites globales, y la ruptura neoliberal de las estadísticas nacionales que erosionan el papel del trabajo como parte de las contradicciones de clase social. En esta tesis tomamos estos desafíos en cuenta para el análisis de la salud oral.

Marco Teórico

La categoría central en esta tesis es la determinación social de la salud, está pensada como el eje articulador. Dado que la propuesta de muchos pensadores de la Salud Colectiva se centra el análisis de los procesos de determinación social en varias dimensiones, en esta tesis nos acogemos a la de Breilh (2010b) en la que las dimensiones general, particular y singular concretan dichos procesos. En la dimensión general tomaremos la clase social anclada a las propuestas Neo-Marxistas, en la particular tomaremos Modo de Vida compuesta por 3 elementos condiciones de vida, ciclo cuidado institucional-consumo y cuidado-particular-consumo. Finalmente en la dimensión singular tomamos la enfermedad-atención bucal (Ver figura 1). Esta última dimensión no será parte del marco teórico, una aproximación a este panorama está en el marco contextual.

Figura 1. Marco conceptual



Fuente: Modificado de Breilh, 2010b

Determinación social de la salud

Hacia la década de los 70 académicos en distintos países de América Latina empezaron a pensar en formas distintas de estudiar y abordar los procesos salud-enfermedad-atención que fueran más acordes a la realidad de la región. Como propuesta alterna a la mirada hegemónica de la salud surge primero la Medicina Social y posteriormente la Salud Colectiva Latinoamericana (MSL/SCL)⁵.

Uno de los ejes centrales de trabajo fue la crítica al paradigma funcionalista del riesgo que ha organizado las ciencias de la salud, al menos desde la aparición de la teoría bacteriológica. Las causas de la enfermedad han sido explicadas en factores biológicos, de corte individual y de manera fragmentada, y las respuestas a los problemas de salud van en esta misma dirección. La MSL/SCL propone el análisis de las estructuras económicas, y políticas y su “influencia” en el desarrollo de los procesos salud-enfermedad-atención en perspectiva histórica. Bajo esta mirada se ha podido dar cuenta de la “subsunción” de lo biológico en lo social y de cómo una enfermedad no solo se explica en procesos biológicos expresados en signos y síntomas clínicos, sino que se relacionan con lo que sucede en los contextos específicos en los que viven las

⁵ Aclarar la diferencia entre las dos. A lo largo de texto usaré una combinación de ambas o solo el término Salud Colectiva por ser el “objeto” del doctorado para el cuál se hace esta tesis

personas, y particularmente con las formas de explotación, acumulación de capital y el orden social originado a partir de ellos (Breilh, 2003; Laurell, 1982; López, 2013).

Desde el paradigma del riesgo la salud es entendida en contraposición a la enfermedad, por el contrario para la MSL/SCL la salud, la enfermedad y la atención son parte de un proceso, un continuum en constante movimiento y se da en un entramado complejo de relaciones entre lo biológico y lo social (Breilh, 2003; Laurell, 1982; Menéndez, 2005). Durante las últimas décadas el movimiento latinoamericano ha trabajado en el desarrollo de la propuesta que hoy en día tiene una gran cantidad de adeptos entre la academia y en menor medida en el ámbito político, la Determinación Social de la Salud.

En el 2005 la Organización Mundial de la Salud (OMS) creó la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) para dar cuerpo a la propuesta bajo la cual se reconocía los factores sociales, políticos y económicos como parte importante de los análisis en salud (CSDH, 2007). Si bien este puede considerarse un avance significativo, esta propuesta desconoció la propuesta de la academia latinoamericana, y aún enmarcada en el paradigma del riesgo planteó los determinantes sociales de la salud como factores contextuales que se relacionan con la salud y la enfermedad (CDSS, 2005).

Las dos propuestas parten de reconocer que existen inequidades y desigualdades⁶ que van a marcar profundas diferencias en las formas de enfermar y morir en y entre distintos grupos poblacionales (Breilh, 2003; Breilh & Tillería, 2009; Laurell, 1982; López, 2013). Desde la CDSS las inequidades se conceptualizan a partir de los postulados de la justicia social, definiéndolas como desigualdades (diferencias en el estado de salud o en la distribución de los determinantes de salud) injustas y evitables. Existen otras desigualdades que no son problemáticas, pues ellas serían el resultado de variaciones biológicas, la libre elección, atribuibles al ambiente externo o a condiciones que no pueden ser controladas por los individuos como las diferencias en poder y riqueza de acuerdo con la posición en la sociedad, asumiéndolas, en cierto sentido, como naturales, lo que lleva a aceptar que existe un gradiente diferencial entre posiciones sociales, razón por la que se habla de reducción de las brechas sociales y no de su eliminación (CDSS, 2005).

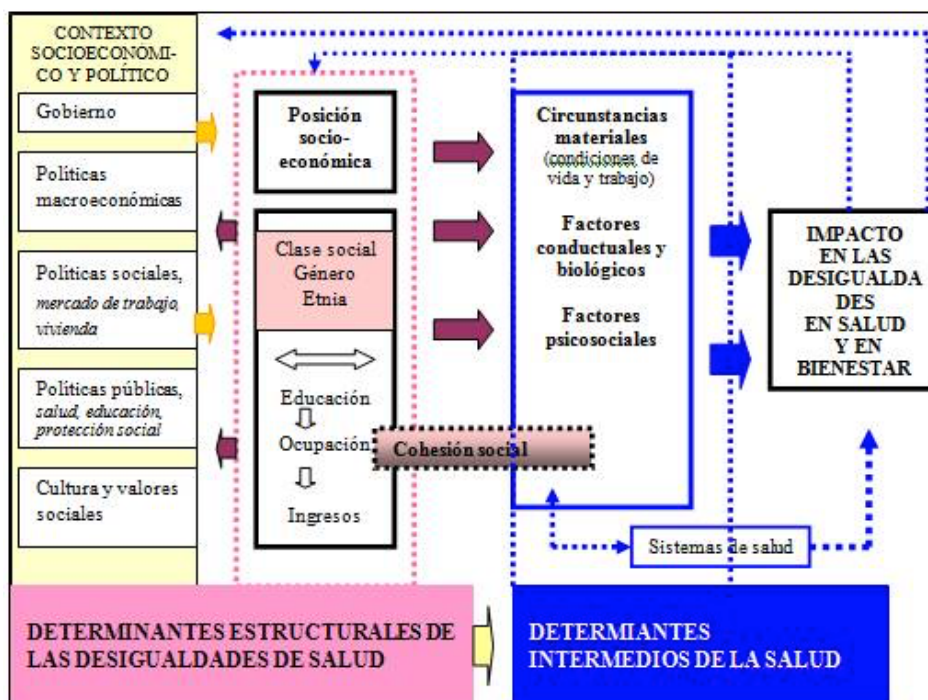
Para la corriente latinoamericana la inequidad “alude al carácter y modo de ser de una sociedad que determina el reparto y el acceso desigual (desigualdad social) que es su

⁶ Los términos desigualdad e inequidad tienden a ser equiparados, sin embargo, vale la pena hacer la distinción entre los dos términos. Margaret Whitehead dice: “El término inequidad tiene una dimensión moral y ética. Se refiere a las diferencias que son innecesarias y evitables pero, adicionalmente, son consideradas injustas. Entonces, para describir una cierta situación como inequitativa, la causa tiene que ser examinada y juzgada como injusta en el contexto de lo que está sucediendo en el resto de la sociedad” (Whitehead, 2000,p.5).

consecuencia” (González, 2009), esta inequidad se da por las diferencias entre clases sociales, géneros, y etnias, lo que se ha denominado la triple inequidad. Recientemente se ha propuesto incluir la colonialidad como otra categoría fundamental para entender las inequidades desde esta postura (Cesar Ernesto Abadía-Barrero, 2013). Como se observa son conceptualizaciones diferentes, que por supuesto llevan a objetivos distintos, que deben ser vistos con cuidado a la hora de posicionarse en uno u otro lugar. Para efectos de esta tesis nos posicionaremos desde la perspectiva latinoamericana.

Las dos propuestas consideran un modelo en distintas dimensiones que se relacionan entre sí, sin embargo, cada uno de ellos se entiende de una manera distinta. Para la CDSS “los mecanismos sociales y políticos que generan, configuran y mantienen las jerarquías sociales” (CDSS, 2005 p.18) son considerados contexto sociopolítico, en el nivel general se encuentra los ingresos, la educación, el género y la etnia como factores que causan la estratificación social, en el nivel intermedio se encuentran las diferencias generadas por la estratificación social, los factores que provocan vulnerabilidad y el sistema sanitario, y finalmente el individuo (ver figura 2) (CDSS, 2005); las relaciones entre uno y otro nivel son consideradas lineales (Breilh, 2003; González, 2009).

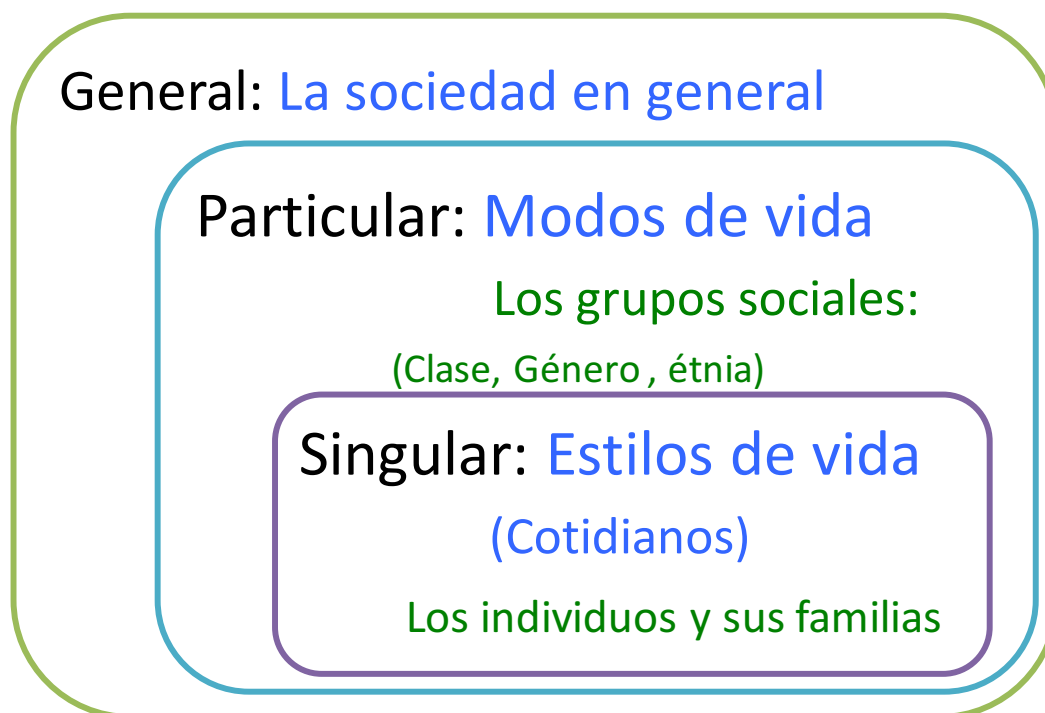
Figura 2. Modelo Conceptual de los Determinantes Sociales de la Salud



Fuente: Commission on Social Determinants of Health. (2007). A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Cairo: World Health Organization.

En dicho modelo de la CDSS nunca se cuestiona el orden social capitalista, que en la determinación social de la salud constituye la dimensión general; en la dimensión particular se ubican los modos de vida, que permiten dar cuenta de las mediaciones entre el orden individual y el social, estos modos de vida resultan de dinámicas históricas de conformación de los grupos relacionadas con la pertenencia, por ejemplo de clase, que los llevan a compartir formas específicas de actuar (Abadía-Barrero & Martínez-Parra, 2016); la dimensión singular se relaciona con el estilo de vida y las características genotípicas y fenotípicas de los individuos; finalmente la relación entre las tres dimensiones, está dada por la subsunción, de manera que los procesos biológicos y de corte más individual están determinados por los modos de vida y estos a su vez por las relaciones económicas y de poder de la sociedad, de esta manera las relaciones individuo, sociedad y naturaleza están en constante movimiento, es decir, que son dinámicas y dialécticas (Samaja, 2004). La categoría de subsunción permite superar la visión tradicional de factores de riesgo, reconociendo que los procesos de determinación social están concatenados unos con otros, de manera que los procesos biológicos no están aislados de lo que sucede en la esfera social (Breilh, 2013) (ver figura 3).

Figura 3. Modelo conceptual Determinación Social de la Salud



Fuente: Modificado de Breilh, J. (2003). Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad. Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.

Al final lo que la determinación social de la salud propone es una mirada multidimensional, y compleja de los procesos salud enfermedad que supera la visión estructural funcionalista que ha acompañado a la salud pública y la epidemiología, y que ha demostrado ser insuficiente para estudiar y responder a los problemas de salud, especialmente en los países más pobres.

En la dimensión general que corresponde a la sociedad en general, la clase social ocupa un lugar privilegiado dado que “las relaciones de clase definen pertenencias y condiciones particulares de inserción en la producción, apropiación consumo y disfrute de la riqueza socialmente producida” (Medina-Gómez, 2015, p.154)

Clase Social⁷

En los últimos 50 años la discusión en torno a la clase social se ha centrado en la pertinencia o no de seguir usando la categoría. En teoría, transformaciones en las sociedades como el crecimiento del sector servicios y financiero, el aumento del nivel de consumo de la población y la democratización del poder darían como resultado la imposibilidad de: una diferenciación clara entre clases y estratos de consumo, de tener confrontaciones clasistas y, la disolución de los comportamientos políticos entre distintas clases (Fresneda, 2014). Sin embargo, no hay hasta ahora ninguna categoría que pueda reemplazarla y de hecho algunos teóricos muestran como en los últimos años la necesidad de evidenciar las consecuencias de la existencia de una estructura de clases (Breen, 2015), entre ellas las desigualdades, ha llevado a recuperar el uso de la categoría (Fresneda, 2014; Wright, 2015a).

Existen múltiples aproximaciones desde distintas posturas teóricas al análisis de clase social, por tanto no hay un concepto único de clase social. Las posturas más reconocidas son la Neo-Marxista y Neo-Weberiana, sin embargo, hay otras como la Neo-Durkheimiana o de micro-clases, la que toma como base los capitales de Bourdieu, la Neo-clásica y finalmente las posclasistas. Cada una de ellas opta por posturas epistemológicas distintas y por tanto los resultados y conclusiones a los que llega son diferentes o pertenecen a distintos niveles de un análisis de clases (Wright, 2015c).

Para Weber, las clases en el capitalismo se estructuran, al igual que para Marx, a partir de los derechos de propiedad, por tanto hay 2 clases principales capitalistas y obreros (Wright, 2016). Desde esta tradición la clase se constituye a partir del acceso o la exclusión a determinadas oportunidades vitales, el mercado sería el encargado de

⁷ En este documento solo esbozamos las aproximaciones a distintos enfoques de análisis de clase, sin embargo, es amplia la literatura que da cuenta de ello. Un buen compilado se encuentra en el libro Modelos de análisis de clase (Wright, 2015b). Para el estudio del enfoque neomarxista el exponente más importante es sin duda Erik Wright, quien tiene una amplia producción académica sobre los debates contemporáneos en esta materia (Wright, 1985, 1998, 2000, 2015c).

distribuir las de acuerdo con los recursos (en sus múltiples formas) que las personas aportan. Las oportunidades vitales son aquellas “que un individuo tiene de participar en los bienes económicos o culturales producidos socialmente en una sociedad concreta” (Giddens, 1973 citado en Breen, 2015). Para Weber la situación de clase es “el conjunto de probabilidades típicas: 1. de provisión de bienes, 2. de posición externa, 3. de destino personal”, en resumen los miembros de una clase comparten oportunidades vitales o “un componente causal específico de sus probabilidades de existencia” (Breen, 2015 p.60).

Otro rasgo importante del análisis neoweberiano es que no hay una crítica al capitalismo, se asume que este modo de producción es dado, y por tanto el análisis se centra en describir las desigualdades generadas por las interacciones del mercado, es decir las formas cómo se organiza y regula y en cómo las personas con distintas capacidades interactúan y se posicionan en esas dinámicas de mercado (Breen, 2015; Wright, 2016). En ese orden de ideas, lo que se busca es definir las categorías que hacen similar un grupo de personas y las ubican en una misma situación de clase con respecto a la variabilidad en las “reglas del juego” que gobiernan dentro del capitalismo: la organización del trabajo, la autonomía del capital para determinar condiciones laborales y derechos de los trabajadores, las prácticas de monopolio y la competitividad, el acceso a la educación y el entrenamiento para el trabajo, entre otras (Wright, 2015c).

Desde la aproximación neodurkhemiana, especialmente la propuesta de David Grusky, Kim Weeden y sus colegas, el análisis de clase se centra en la división técnica del trabajo, de esa manera parten de un sinnúmero de categorías ocupacionales desagregadas, que ellos denominan micro-clases, que permitirían hacer un análisis más pormenorizado de los grupos que han surgido en el mercado del trabajo. A través del análisis de clases neodurkhemiano se podría hacer un análisis de las fuerzas sociales (la institucionalización de los conflictos de clase, por ejemplo) que hacen inviables las grandes clases propuestas por los neomarxistas o neoweberianos, y un relato más micro sobre las pequeñas clases que se dan en la producción y que modelan “valores individuales, oportunidades vitales y formas de vida” (Grusky & Galescu, 2015).

En el análisis de clases de Pierre Bourdieu y sus seguidores el énfasis está dado en superar el análisis exclusivamente centrado de las relaciones económicas y lo combina con el análisis de las relaciones simbólicas. Retoma entonces la idea de grupos de estatus propuesta por Weber, en la que los grupos se constituyen a partir de su homogeneidad en el estilo de vida, para mezclarlo con el análisis de las clases sociales. (Weininger, 2015).

Enfoque neomarxista

Desde la perspectiva Marxista, entendemos la clase social como un concepto dialéctico en el que las relaciones de clase capitalistas de dominación-explotación existen dentro de la estructura de clase capitalista. Por relaciones de clase entendemos la distribución desigual de los derechos y el poder sobre los medios de producción entre las personas y las subsecuentes mercancías que se producen, lo que resulta en una estructura de clases con 2 grupos distintos: los dueños de los medios de producción (capitalistas) y los dueños de la fuerza de trabajo (proletarios) (Wright, 2015a). Estas son categorías generales que hablan de la naturaleza cualitativa de las relaciones de clase que, dependiendo de las condiciones materiales e históricas, le dan paso a una diversidad de experiencias individuales, conformando grupos y relaciones de clase complejas. Los desafíos contemporáneos en el análisis de clase social residen en la coexistencia de distintos tipos de relaciones de clase en una misma sociedad, la complejidad en los derechos y poderes sobre la propiedad (Wright, 2015c), las nuevas formas de explotación laboral y los cambios de roles en la gerencia y las finanzas en el capitalismo global.

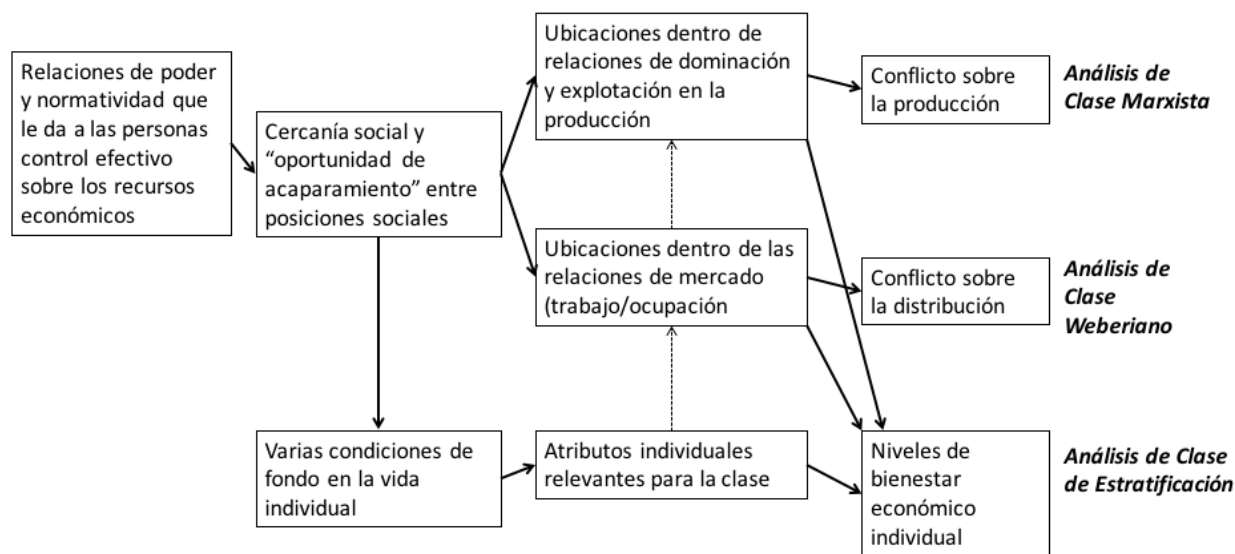
En la perspectiva marxista hay 4 categorías que demarcan el análisis de clase: “estructura de clase” que corresponde a las relaciones sociales entre clases, “formación de clase” que hace referencia a las relaciones sociales al interior de cada una de las clases y que son las que consolidan colectividades comprometidas con los procesos de lucha y emancipación, “lucha de clases” que hace referencia a las prácticas de los actores para la realización de los intereses de una clase, y finalmente “conciencia de clase” como el entendimiento de los actores de los intereses de su clase (Wright, 1985). No necesariamente un análisis de clase debe incluir todas estas categorías. En este trabajo solo llegaremos al análisis de la “estructura de clase”.

De otro lado, se encuentran los niveles de abstracción en los que se lleva a cabo un análisis de clase marxista: El nivel más general es el de modo de producción en el que las clases se analizan en términos estrictos de las relaciones de producción, de manera que cada clase corresponde a un modo distinto de explotación. En el siguiente nivel se encuentra la formación de clase en el que se estudian los distintos modos de producción y relaciones de producción y relaciones sociales al interior de una misma sociedad. En el nivel micro se encuentra la coyuntura que da cuenta de los detalles históricos contingentes y los detalles institucionales del momento y contexto en el que llevan a cabo los análisis (Wright, 1985), es justamente en este nivel donde nos inscribimos.

Un reto importante en los análisis de clase continúa siendo entender las complejidades y las especificidades históricas de las relaciones de clase dentro de los cambios en los patrones de acumulación capitalista. El otro reto es operacionalizar un marco

conceptual (relaciones de clase dentro de la estructura de clases) para estudios empíricos específicos, principalmente aquellos que son cuantitativos en su origen. A diferencia de otras propuestas de clasificación social que igualan Clase Social con la identificación o suma de atributos individuales, la perspectiva marxista sostiene que es necesario clasificar los individuos en posiciones de clase dentro de las relaciones de clase. Sin embargo, mientras la naturaleza de las relaciones de clase necesita mantenerse en el núcleo de la propuesta de investigación, un análisis marxista puede beneficiarse de la incorporación de otras tradiciones sociológicas. Wright (2015c), por ejemplo, propone la integración del análisis marxista basado en los conflictos alrededor de la propiedad de los medios de producción, con el análisis Weberiano basado en la distribución de la renta y las relaciones de mercado y el análisis de estratificación que subraya los niveles de bienestar individual y los atributos individuales dadas las pertenencias de clase particulares (ver figura 4). Aquí pretendemos retomar esta propuesta del análisis integrado de clase para dar cuenta de la dimensión general de determinación social de la salud bucal.

Figura 4. Análisis de Clase Intergrado de Wright



Fuente: Wright, Erik O. (2015). Understanding Class

Retos para el análisis de clase en América Latina

Para América Latina, un futuro reto reside en el hecho que las relaciones de clase y las estructuras laborales adoptaron formas distintas en el sur global (Portes & Hoffman, 2003; William, 1996). La reconfiguración de las dinámicas de clase global han resultado

en una élite global (William, 1996), la reducción de la ya pequeña “clase media” y un contexto creciente de informalidad laboral (Portes & Hoffman, 2003).

Portes y Hoffman (2003) intentaron desarrollar una nueva clasificación de estructura social en sincronía con la transformación del trabajo en América Latina. Ellos clasificaron la población en seis posiciones de clase, que subrayan diferentes formas en las que los miembros de la élite de la sociedad y los trabajadores interactúan dentro de la estructura de clases. Sus resultados muestran que el 81,7% de la población Latinoamericana recibe salarios de actividades manuales o no manuales, con frecuencia tienen contratos formales. Ellos pertenecen a las “clases bajas” lo que estos autores han denominado intermedias o subordinadas, mientras que las “clases dominantes” corresponden a los Capitalistas, Gerentes, Ejecutivos, Trabajadores de Élite y la Pequeña Burguesía. Es importante decir que esta clasificación fue hecha con datos provenientes de reportes de estadísticas nacionales, y excluye desempleados y otras personas que se encuentran fuera del proceso productivo como los jubilados o los rentistas.

Estudios en demografía de la salud y epidemiología, Bronfman en México (1984) y Breilh en Ecuador (1989) respectivamente, operacionalizaron la definición de Clase Social de Lenin para diferenciar los grupos poblacionales. Para Lenin, las clases son “grandes grupos de personas que se distinguen unas de otras por [1] su estatus en un sistema de producción social históricamente determinado, [2] por la proporción de los medios de producción y de riqueza que poseen, [3] por el rol que ocupan en la organización social del trabajo, y [4] por el tipo y la cantidad de la riqueza socialmente producida que tienen a su disposición.” (Lenin, 1919, números adicionados por los autores). Para Bronfman y Breilh, cada uno de estos 4 aspectos resultan en dimensiones, que pueden ser evaluadas con una o más variables cualitativas (i.e. preguntas del ENSAB IV) y permiten conformar diferentes posiciones de clase dentro de una estructura de clases.

Jaime Breilh en su propuesta de la epidemiología crítica, que sigue el marco de la determinación social del proceso salud-enfermedad-atención, trae el análisis de clase social. El ENSAB IV siguió de cerca su propuesta de clasificación de clase social. Después de algunas adaptaciones para el contexto colombiano, el ENSAB contenía 13 posiciones de clase, que equivalen a lo que Breilh denomina “Inserción Social” (Breilh, 1989) en sus propios estudios en Ecuador. Más importante aún, Jaime Breilh ha aclarado que un análisis adecuado de clase social solo ocurre a través de la interpretación histórica de los datos. Por lo tanto, los datos deben reflejar la “inserción social” o la “posición de clase” y sólo un análisis marxista de esa clasificación produce interpretaciones adecuadas de clase social.

Adicionalmente, es importante resaltar que el debate no debe ser acerca de los mejores parámetros técnicos incluidos en un instrumento en particular, sino cómo

combinar mejor los datos con un marco crítico de economía política. Los datos pueden ser siempre insuficientes o limitados debido a las dificultades técnicas y los cambios en el panorama de las contradicciones que caracterizan las relaciones sociales en el capitalismo.

Clase social y salud

En salud la categoría clase social ha sido un poco menos usada, sin embargo, desde la propuesta de los determinantes sociales de la salud de la OMS y la Determinación social de la Salud en Latinoamérica se le ha dado un impulso en las últimas décadas. En el campo de la salud los análisis de clase social se han hecho desde 3 posturas teóricas principalmente: pragmática, Neo-Weberiana y Neo-Marxista (Medina-Gómez, 2015; Muntaner, Ng, Chung, & Prins, 2015; Muntaner et al., 2012). La pragmática, proveniente de la tradición funcionalista de la sociología, se centra en el uso de indicadores simples de estratificación como ingreso, nivel educativo, y jerarquías ocupacionales. La propuesta Neo-Weberiana se centra en el acaparamiento de oportunidades o la cercanía social en las relaciones de mercado, y lo hace a través de medidas de credenciales educativas y prestigio ocupacional. La aproximación Neo-Marxista se centra en las relaciones económicas de producción, a través del proceso de propiedad y trabajo, dominación y explotación (Muntaner et al., 2015).

La propuesta más reciente de la OMS enmarcada dentro de los determinantes sociales de la salud es el estudio de las relaciones de empleo, condiciones de empleo y condiciones de trabajo como conceptos distintos, pero interrelacionados⁸ que tienen distintas implicaciones en la salud de las poblaciones, y las desigualdades sociales en salud entre clases sociales, géneros o minorías étnicas. El empleo se relaciona con las desigualdades en bienestar, participación política, educación, y salud es decir todas las desigualdades sociales. Es a través de la regulación de las relaciones de empleo, en donde los actores políticos pueden distribuir los recursos que afectan la estratificación social y de esa manera tener un impacto en el bienestar, la reducción en la exposición a riesgos de enfermedad y el acceso a la atención en salud. De esta manera el empleo justo (es decir, aquel libre de coerción, seguro en términos de contratos y condiciones de empleo, con salario justo, con protección laboral o beneficios sociales, respeto y dignidad y, participación “política”) se convierte en una estrategia de salud pública para

⁸ Las relaciones de empleo se refiere a las relaciones entre compradores y vendedores de la fuerza de trabajo y a las prácticas, resultados e instituciones que provienen o intervienen en las relaciones de empleo. Las condiciones de empleo se derivan de las relaciones de empleo e incluyen 5 dimensiones: desempleo, empleo precario, empleo informal, trabajo infantil y esclavitud/trabajo en condiciones de servidumbre. Las condiciones de trabajo se pueden dividir en exposiciones físicas, químicas y, sociales; e incluyen también relaciones jerárquicas y de poder, la participación de los trabajadores de la toma de decisiones y la discriminación ocupacional y social (Benach et al., 2014).

la promoción de la salud, la reducción de la pobreza y las desigualdades en salud (Benach et al., 2014).

Modo de Vida

En la dimensión particular de la determinación social de la salud la categoría Modo de Vida tiene el papel preponderante para superar la idea de los grupos formados por la sumatoria de individuos que ha signado los análisis desde la salud pública y la epidemiología. Aquí los grupos se constituyen en los procesos históricos de conformación del orden social en relación con la pertenencia de clase, etnia, género, y el orden post-colonial que van a signar dinámicas sociales y procesos subjetivos, es decir, modos de vivir específicos para cada grupo. Se considera que si bien la conformación del grupo, especialmente en relación con la clase social se da por la inserción en las formas de producción, los modos de vida se construyen en el momento reproductivo de la sociedad.

Desde el materialismo histórico, el trabajo es considerado el eje articulador de la sociedad y del hombre como ser social. El trabajo tiene un momento productivo, en el que se transforma la naturaleza para satisfacer las necesidades y uno reproductivo que se refiere de un lado a la reproducción de capital y del otro a la recuperación de la fuerza de trabajo, que en últimas significa la reproducción de las relaciones sociales y por tanto de la sociedad. Como parte del momento reproductivo también está el consumo, pues es aquí donde los individuos se apropian de los objetos para el disfrute (Marx, 1976). Así, se dice que necesariamente hay un condicionamiento de la vida social al “modo de producción de la vida material” (Perez & Machado, 2008). De manera que el modo de producción determina las condiciones políticas, culturales, e ideológicas en las que sucede la vida social.

Breilh (2010a) distingue entre la reproducción natural y la reproducción social, cuya diferencia tiene su origen en la intervención del hombre. En la reproducción natural los “animales tenían una relación de intercambio con la naturaleza mediante un ciclo cerrado que le permite la reproducción a los animales, este proceso tendría un momento de producción y otro de consumo. Con la intervención del hombre además de la reproducción natural se requiere la realización del “proyecto histórico del sujeto” (p. 166). Este proceso reproductivo también tiene un momento productivo, que se referiría al consumo del sujeto y un momento reproductivo que correspondería a la producción del sujeto.

La reproducción social se ha transformado con el cambio en las formas de organización de la sociedad. En aquellas más comunales previas al capitalismo el momento determinante era el del consumo, la producción estaba supeditada a la demanda de consumo de ciertos bienes y productos. Con la llegada del capitalismo paso a ser el momento productivo el más importante, así el eje central paso de ser la realización del

sujeto social, por la realización de productos, de manera que el hombre deja de ser un sujeto social para convertirse en un sujeto atomizado. Entonces en la etapa mercantil el objetivo del momento productivo pasa de la subsistencia al intercambio de productos, cuyo valor está dado por el trabajo requerido para producirlos. En un momento posterior del capitalismo, la acumulación de capital se convierte en la finalidad de la producción, y ella viene acompañada de la apropiación de los medios de producción por un pequeño grupo.

Algunos plantean que la reproducción social tiene varias dimensiones: una biológica que corresponde a la reproducción de la especie, ampliar las familias y que denota el crecimiento demográfico; una cotidiana que hace referencia a las tareas y prácticas de la cotidianidad; y una social relacionada con las acciones necesarias para mantener el sistema social (Perez & Machado, 2008). Se considera que la reproducción de las relaciones sociales, es en realidad la reproducción de la cotidianidad, de determinados modos de vida, de los valores, prácticas culturales, y de la ideología.

De otro lado no es posible entender la reproducción del hombre sin estar necesariamente atravesada, contenida y relacionada con la reproducción de la naturaleza. En salud, el avance del paradigma positivista ha naturalizado las relaciones sociales, e intentado explicar los fenómenos sociales con las leyes de la naturaleza, relegando así su carácter histórico. “Hay una especificidad histórica de la reproducción social de cada clase, que se transforma con el tiempo sujeta a las leyes de determinación histórica, y así mismo, se da una especificidad histórica del perfil epidemiológico típico de cada clase que igualmente sufre una permanente transformación histórica” (Breilh, 2010a p.171).

Para la salud colectiva lo individual y lo biológico se encuentran necesariamente subsumidos en lo social, de manera que la salud-enfermedad esta determinada por los procesos históricos de producción y reproducción de la sociedad (Breilh, 2010a; Laurell, 1982). En esta lógica son de especial importancia las mediaciones, dado que representan la posibilidad de explicar cómo y por qué determinados grupos que viven en determinados contextos, bajo determinadas condiciones materiales presentan distintos patrones de distribución de los procesos salud-enfermedad-atención (Breilh, 2003; Samaja, 2004). La categoría modos de vida permitiría entender el accionar humano (por ejemplo prácticas de cuidado) no como un asunto individual sino como un asunto de grupos configurados por determinadas características como la clase, el género y la etnia y el orden colonial/poscolonial. Desde esta perspectiva los riesgos, entendidos como exposiciones y prácticas, compartidos por un grupos social se ven como procesos históricos anclados al orden social, sin embargo, también hay espacio para entender estas acciones en el orden individual atravesadas por motivaciones específicas. Desde esta perspectiva lo que se privilegia es el estudio de los colectivos

estudiados en relación con las formas de vida que comparten en el grupo (Abadía-Barrero & Martínez-Parra, 2016).

La categoría “modo de vida” ha servido para hacer las veces de mediador en esa relación estructura-individuo, permitiendo estudiar las dinámicas sociales de los colectivos, en relación con procesos subjetivos más individuales y las dinámicas históricas que afectan el grupo. Almeida Filho explica como la categoría aparece por primera vez en el trabajo de Marx y Engels, ellos hacían un paralelo entre el modo de producción y el modo de vida para referirse al momento reproductivo en el que la fuerza de trabajo se recupera. Este momento permite recuperar la importancia del orden simbólico de la reproducción social, al lado de la dimensión material y física, esto es lo que posteriormente le va a dar paso a la cultura como categoría para explicar cómo es una “comunidad” en particular (Almeida-Filho, 2000).

Posteriormente Gramsci y Luckas retomaron esta categoría para sacar de la dimensión económica la vida de las personas y ponerla en el plano de lo grupal y lo simbólico, mostrando como las formas de agrupación permiten la jerarquía y por tanto la hegemonía. Gramsci va a retomar el concepto de cultura y lo va aplicar a las condiciones concretas de existencia (Almeida-Filho, 2000).

De la tradición de la escuela de Budapest, será la filósofa Agnes Heller, quien exponga bajo la categoría Vida Cotidiana como las actividades que caracterizan la reproducción social tienen lugar en la relación enajenación y creación de conciencia ligada a la pertenencia de los particulares (personas individuales) a determinados grupos sociales (la familia, el barrio, entre otros) en los que nacen y crecen, que a su vez formaran parte de grupos más abstractos como la clase social (Heller, 1994).

Para el caso específico del uso del modo de vida en salud, Almeida (Almeida-Filho, 2000) retoma a Menéndez que desde la antropología y su propuesta específica de la epidemiología sociocultural incluye los modos culturales y sociales de enfermar. Por su parte Testa vincula las ciencias sociales y los análisis filosóficos para aproximarse al estudio de la relación sujeto-sociedad. Finalmente Bourdieu aportaría la posibilidad de abordar los elementos constitutivos de la subjetividad en las acciones cotidianas, es decir, la propuesta de *habitus*. Esta última categoría permite estudiar cómo las estructuras objetivas se subjetivizan o son interiorizadas por los individuos de forma inconsciente a través del poder simbólico. Este *habitus* lleva al ejercicio de ciertas prácticas individuales y estructura esquemas básicos de percepción, pensamiento y acción en la conducta (García-Canclini, sf).

“Con este tipo de propuestas es posible examinar experiencias particulares y anclarlas, en distintos niveles de pertenencia social, a órdenes históricos mayores de ordenamiento social. En últimas, de lo que se habla es de entender prácticas culturales que tienen que ver tanto con órdenes históricos de desarrollo del capitalismo (como la estratificación social producto de la clase y la explotación del trabajo), como con la

pertenencia y reproducción social en distintas formas de agrupación humana, y la generación práctica de lógicas y sentidos de pertenencia y acción” (Abadía-Barrero & Martínez-Parra, 2016 p.6)

Para la epidemiología y la salud pública, el problema de desplazar la mirada del individuo al grupo o a la sociedad se convierte en un asunto de método, mientras que para la MSL/SC es un asunto ontológico, epistemológico y político. Es allí en donde la propuesta de la determinación social de la salud desplaza su centro del individuo y del riesgo a los modos de vida en relación con los procesos históricos de conformación del orden social de dominación y explotación, signados por la clase, el género, la raza (Breilh, 2010a) y, el orden colonial/post-colonial.

“Desde el punto de vista empírico entender la acción humana (por ejemplo realizar prácticas saludables o malsanas como parte del cuidado en salud) o la experiencia individual (prácticas cotidianas de salud) se debate entre “examinarla” como práctica colectiva propia de un grupo social (o una clase determinada, en donde pensaríamos en categorías como ideología y enajenación) o como una actividad eminentemente individual (en donde existe el riesgo de aislar el sujeto de su entorno o de sobredimensionar su capacidad de agencia como ocurre con la propuesta de comportamientos de riesgo). Es decir, la acción humana puede ser entendida desde un lente grupal o colectivo en donde mecanismos de estructuración histórica dan sentido a lo que hacemos. Pero también la acción humana es necesario entenderla desde un lente personal, en donde cada persona realiza sus acciones a través de fuerzas, motivaciones y prácticas muy particulares.” (Abadía-Barrero & Martínez-Parra, 2016)

Para efectos analítico-metodológicos de esta tesis los modos de vida se entienden constituidos por 3 elementos: Condiciones de Vida, el cuidado-institucional-consumo y, el cuidado-institucional-consumo. Estos últimos dos elementos configuran un ciclo que fue propuesto para el análisis de modos de vida en salud bucal (Abadía-Barrero & Martínez-Parra, 2016).

Condiciones de Vida

Algunos autores de la Salud Colectiva Latinoamericana plantean que las condiciones de vida hacen parte de una esfera intermedia que conecta la estructura de clase con los estilos de vida en la esfera individual (Almeida-Filho, 2000; Blanco & Sáenz, 1994; Breilh, 2010b; Samaja, 2004). La propuesta integrada de Wright, en contraste, considera que las condiciones de vida (i.e. condiciones materiales de existencia, que incluyen características de la vivienda, y atributos individuales) pueden también ayudar a definir las posiciones de clase (Wright, 2015c). Para esta tesis las ubicamos en el nivel intermedio de determinación, es decir como parte de los modos de vida.

Las condiciones de vida, o condiciones materiales de existencia van a signar experiencias diferenciadas de salud-enfermedad-atención. En esta tesis las condiciones de vida hacen parte de un nivel más general de los modos de vida en relación con la salud bucal, hacen referencia al acceso a vivienda y las características de la misma, los servicios públicos (agua, luz, electricidad, entre otros), la alimentación (en el sentido detallado de lo que se come, sino a las posibilidades de consumo de alimentos) y el lugar (urbano o rural) en el que la gente habita, por considerar que van a signar diferencias importantes en el acceso y consumo de bienes relacionados con la salud.

Ciclo cuidado particular-consumo/cuidado institucional-consumo

El *ciclo cuidado particular-consumo/cuidado institucional-consumo*, fue diseñado para pensar los modos de vida en relación con la salud bucal específicamente, y son el resultado de una relectura del proceso salud-enfermedad-bucal anclado a procesos históricos de organización de la sociedad (Abadía-Barrero & Martínez-Parra, 2016).

“Las patologías bucales en perspectiva histórica no deben entenderse como eventos clínicos aislados, sino como parte de procesos crónicos y destructivos sobre el bienestar humano, modulados por modos de vida relacionados con mayor o menor bienestar. El proceso salud-enfermedad-atención bucal, no es solo un campo de interacción paciente–profesional, en éste se encuentran otros actores como “los gobiernos -a través de sus leyes y programas sociales en salud- y los mercados nacionales e internacionales, representados por seguros privados y por compañías farmacéuticas, cosméticas, biotecnológicas y de materiales dentales” (Abadía-Barrero & Martínez-Parra, 2016,p.7).

Cuidado y consumo hacen parte del momento reproductivo de la sociedad y la fuerza de trabajo. Están íntimamente relacionados, por lo menos en lo que a salud oral respecta no podría existir uno sin el otro, es casi imposible hacer actividades de cuidado de la boca, como el cepillado, sin el consumo de tiempo, y elementos de higiene bucal, como el cepillo y la crema dental.

Para Breilh (2010a p.184) el consumo es contradictorio a la producción. Así, el consumo es producción social y la producción es doble consumo (subjetivo y de los medios de producción), entre los dos media la necesidad, de manera que sin “necesidad no hay producción, el consumo produce la necesidad, y la “producción produce el consumo y determina el modo de consumo”. En resumen el consumo “es la producción del sujeto a partir de bienes y valores de uso mediados por la producción”. Para este mismo autor el consumo tendría 2 dimensiones: el consumo simple referente a la alimentación, la vivienda, el reposo o descanso y la recreación y; el consumo ampliado referente a los servicios de educación, salud, etc y, los suntuarios más relacionados con lo estético.

El cuidado puede ser definido como “una actividad característica de la especie humana que incluye todo lo que hacemos para mantener, continuar o reparar nuestro ‘mundo’, de tal manera que podamos vivir en él lo mejor posible” (Fisher y Tronto citadas en Hernández B., 2015); “una red de soporte vital que incluye el cuidado de los cuerpos, la alimentación, el mantenimiento del espacio doméstico y la conservación del ambiente... puede referirse a una actividad o a un proceso, y es tanto una práctica como una disposición” (Hernández B., 2015 p.13).

Para efectos de esta tesis el cuidado es esa necesidad que produce el consumo. El consumo y el cuidado constituyen el eje para entender el desarrollo de la patología bucal, su prevención y tratamiento, permiten explicar la articulación entre el dominio general y el individual, en este caso de la salud bucal, pero podrían usarse para otras enfermedades. El consumo no es solo cuestión de gustos individuales, sino que depende de la oferta de bienes y servicios que hay en un contexto específico y del poder adquisitivo para acceder a ellas, será siempre dependiente del trabajo y la economía doméstica. Por su parte, el cuidado no es solo una decisión individual sino que estará determinado por las posibilidades de consumo de alimentos, elementos de higiene y servicios de salud y, por la construcción cultural alrededor del cuidado, en términos de importancia, disposición, y prácticas específicas. De esta manera, cuidado y consumo constituyen un ciclo que estará siempre determinado por las condiciones materiales de existencia, y las construcciones simbólicas y culturales de un grupo determinado y por tanto constituyen una parte importante de los modos de vida.

Para el caso específico de la salud bucal el cuidado particular-consumo hace referencia al consumo de alimentos más o menos ricos en azúcares, productos de higiene bucal, y prácticas específicas de cuidado, que no pueden ser vistas como simples elecciones de los individuos, sino que dependen de las posibilidades de acceso y compra de alimentos y elementos de higiene bucal y las dinámicas de los mercados e industrias que los producen. Por su parte el cuidado institucional-consumo hace referencia a los servicios de salud odontológicos y estrategias educativas en salud bucal, éstos cumplen una función en el restablecimiento de la salud, pero también en la reproducción de las desigualdades en salud oral y en la promoción de formas específicas de entenderla y atenderla (Abadía-Barrero & Martínez-Parra, 2016).

Metodología

La presente tesis hace un análisis secundario de los datos recabados en el IV Estudio Nacional de Salud Bucal en Colombia – ENSAB IV. Los análisis descriptivos iniciales del estudio se encuentran ampliamente reportados en los dos tomos del informe final (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014b).

Esta nueva etapa de análisis pretende rescatar el marco conceptual de Determinación Social de la Salud, sobre el cual fue diseñado el estudio, y avanzar en análisis mucho más profundos de los datos que permitan relacionar los tres niveles de determinación social de la salud bucal.

En un primer momento presentaré algunos antecedentes metodológicos del ENSAB IV, para después mostrar la reflexión teórico/analítico-metodológica de la presente tesis.

Antecedentes del ENSAB IV

El protocolo del IV Estudio Nacional de Salud Bucal fue elaborado por un equipo de la Universidad de Antioquia (Colombia), y contó con el acompañamiento del profesor Jaime Breilh. Una de las tantas innovaciones del estudio fue la operacionalización de la propuesta de la Determinación Social de la Salud (Breilh, 2003) por primera vez en un estudio nacional y en particular en el tema de salud bucal.

Por problemas burocráticos el desarrollo del estudio se asignó a una “institución” distinta a la que diseñó el protocolo de Investigación (Universidad de Antioquia). La Unión Temporal que desarrolló el estudio estuvo formada por 2 organizaciones: Centro de Investigaciones para el Desarrollo - Cendex de la Universidad Javeriana y Sistemas Especializados de Información - SEI, una consultora dedicada a hacer la logística de la mayoría de las grandes encuestas en Colombia. Debido a esto se necesitó un proceso de revisión y ajuste del protocolo de investigación para ponerlo en marcha.

Durante ese proceso de revisión, ajuste y desarrollo del estudio participamos⁹ como asesores en Determinación Social y en el desarrollo del componente cualitativo. Cabe aquí resaltar que operacionalizar los marcos teóricos para una encuesta de esta envergadura implica un proceso de negociación con: el ente tomador de decisiones, en este caso el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia y el equipo encargado de hacer el desarrollo del trabajo de campo, recolección y análisis de la información.

⁹ La mayor parte de este documento lo escribo en plural - “Nosotros” - dado que no fue un proceso que realicé sola. Tuve la ayuda y la asesoría de muchas personas. Para este apartado de los antecedentes del ENSAB IV cuando hablo de nosotros me refiero a César Abadía y a mí. Entre los dos hicimos la asesoría del componente de Determinación Social del estudio y la totalidad del componente cualitativo

Existen aquí intereses diversos a los que es necesario responder, por ejemplo: 1. la comparabilidad con estudios previos, o realizados en otros países; 2. retos relacionados con el diseño de las preguntas y las variables a incluir, de manera que después sea factible utilizar la información recabada; 3. los costos económicos y los tiempos de encuesta relacionados con el número de preguntar a incluir.

El primer ejercicio que, en conjunto con los asesores de los temas clínicos, las personas del Ministerio de Salud, el equipo que estuvo al frente del estudio en las dos instituciones y el profesor Breilh (con quién sólo se revisó el componente de determinación social) fue la revisión juiciosa de cada uno de los instrumentos de recolección de información. Nuestro papel se centró en revisar a la luz de los postulados de la Medicina Social y la Salud Colectiva Latinoamericana, y en específico de la propuesta de Determinación Social y Perfil Epidemiológico las variables incluidas y cómo ellas se insertaban en cada una de las dimensiones. Como resultado de este trabajo conjunto hicimos un primer ajuste de todos los instrumentos de recolección de información.

Posteriormente, se hizo la capacitación de los equipos de campo (Encuestadores, Supervisores y Odontólogos) y un estudio piloto. Estos procesos nos sirvieron para evidenciar las dificultades en la aplicación de las preguntas del módulo de determinación social de la salud, dado que era la primera vez que se usaban y algunas resultaban difíciles de entender para los encuestadores, y para la población. Con los resultados de estos procesos en mente se acudió nuevamente al profesor Breilh para hacer una nueva revisión de los instrumentos, y hacer los ajustes necesarios para la versión final.

Metodología del ENSAB IV

El ENSAB IV es un estudio mixto, con un diseño incrustado (embedded) (Creswell & Plano-Clark, 2011), es decir, un componente cuantitativo (diseño de corte transversal) más grande, y un estudio cualitativo, más pequeño, incrustado (diseño de estudios de caso).

El estudio utilizó 3 estrategias metodológicas:

1. Examen clínico bucal

Como resultado de un consenso de expertos las patologías bucales incluidas en el estudio fueron:

- Caries dental
- Enfermedad periodontal

- Edentulismo
- Uso y necesidad de prótesis
- Erosiones dentales
- Fluorosis dental
- Labio y paladar hendido
- Lesiones potencialmente malignas de la mucosa bucal
- Alteraciones oclusales
- Trauma

2. Encuesta:

La encuesta incluía 3 módulos

- Hogar: Se incluyeron aquí todas las preguntas referentes a la vivienda y generalidades del hogar. Algunas de ellas corresponden a la dimensión de modos de vida de la Determinación Social de la Salud.
- Personas: Contenía toda la información sociodemográfica de todas las personas que vivían en los hogares incluidos en la encuesta
- Determinación social: Información relacionada con las dimensiones de Determinación Social de la Salud, esta encuesta se aplicó exclusivamente a las personas incluidas en el estudio. Aquí se incluyeron 2 formularios distintos, uno para adultos y otro para los cuidadores de niños (para ver las versiones finales de los instrumentos revisar el informe final del ENSAB IV (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014b).

Las operacionalización de las distintas dimensiones de la determinación social en la encuesta se muestra en la tabla 1.

3. Componente cualitativo: Se incluyeron 6 estudios de caso, uno por cada región. Los casos fueron seleccionados de la base de datos correspondiente al 50% de la recolección de la muestra. La selección de los casos se hizo teniendo en cuenta distintas combinaciones de las variables: grupo etario, género (sexo), pertenencia étnica, patologías bucales, e inserción social.

El ENSAB IV incluyó población colombiana en edades simples de 1, 3, 5, 12, 15 y 18 años; adultos entre 20 y 79 años y mujeres gestantes entre 20 y 49 años. Como referente para el muestreo el país se dividió en 6 regiones geográficas, tal como se usa en todas las encuestas del país, que a su vez fueron subdivididas en un total de 16 subregiones.

Tabla 1. Matriz del componente de determinación social

DIMENSIÓN	COMPONENTES	TÓPICOS
General: Clase Social	Inserción Social	Lugar que ocupan los sujetos en un sistema de producción, la actividad económica que desempeñan y el oficio que realizan
		Relación frente a los medios de producción: propiedad de los medios de indispensables de producción
		Papel que desempeña en la organización social del trabajo: jerarquía en el proceso de producción
		Forma como se distribuye la riqueza generada por el proceso de producción
		Monto del ingreso al que tiene acceso
	Género	
Etnia		
Particular: Modos de Vida	Condiciones de trabajo, estudio o actividad cotidiana y su relación con la salud bucal	Condiciones de la jornada laboral o de estudio y su relación con el cuidado bucal
		Tipos de trabajo, estudio o actividad cotidiana y su relación con la salud bucal
		La salud bucal como determinante de las relaciones interpersonales
		La salud bucal como limitante de opciones laborales
	Condiciones de consumo relacionadas con la salud bucal	Tipo de afiliación al sistema de seguridad social en salud (consumo ampliado)
		Educación (consumo ampliado)
		Acceso a programas de capacitación y vinculación a redes sociales (consumo ampliado)
		Ingreso y capacidad de consumo para la higiene bucal
		Ingreso y capacidad de consumo pago de servicios odontológicos
		Patrones de alimentación diferenciales según género y edad. (consumo simple)
		Acceso a los servicios de salud (consumo ampliado)
		Consumo de procedimientos odontológicos estéticos (blanqueamiento, etc.) (consumo ampliado)
	Identidad cultural concepciones y valores	Concepción sobre el origen de los problemas de la salud bucal
		Valoración de la dentadura
		Importancia de la salud oral en relación con la salud general
		La boca como expresión de la salud
	Conciencia, organización y	Patrón de práctica personal de higiene bucal
		Conocimiento sobre conductas preventivas para la

	patrón de prácticas	defensa de la salud bucal
		Concepción sobre el derecho a la salud
		Reconocimiento del derecho a la atención odontológica como obligación de servicios públicos
		Conocimiento sobre mecanismos de reclamo sobre calidad de programas y servicios.
		Conciencia sobre formas y valores de la participación en salud.
Singular: Estilos de vida y comportamientos	Adultos	Tabaquismo
		Alcohol
		Dolor
	Gestantes	Necesidad sentida de atención.
		Demanda y acceso a servicios
		Barreras de acceso a los servicios
	Madres o cuidadores/as de niños/as de 1, 3 y 5 años	Lugar de permanencia del niño/a.
		Nivel educativo de la madre o cuidador/a
		Acceso a servicios odontológicos.
		Prácticas de autocuidado del niño/a

Fuente: Modificado de Protocolo Original IV Estudio Nacional de Salud Bucal-Colombia 2014

Se utilizó un tipo de muestro probabilístico de tipo estratificado (por subregión, considerando el índice de necesidades básicas insatisfechas -NBI- y la proporción de aseguramiento al Sistema General de Seguridad Social en Salud) y multietápico. La unidad primaria de muestreo en cada estrato correspondió al municipio, la selección se hizo por muestreo aleatorio simple (MAS), sin reemplazamiento, y al interior de éstos, de acuerdo al tamaño y en función de la población proyectada y la zona (rural o urbana). Finalmente en la manzana (centros poblados) o segmento (zona rural dispersa) seleccionados se identificaron las viviendas y hogares con MAS y en ellas a las personas con el método de Bernoulli (Ministerio de Salud y Protección social, 2014a).

La muestra total de la población fue de 20.534 personas. La muestra es expandida, representa la totalidad de la población colombiana en las edades incluidas que corresponde a 34 628 897 de colombianos. La distribución de las personas por grupo etario, región y subregión se presenta en la tabla 2.

Tabla 2. Personas Encuestadas por Región y Subregión

Región	Subregión	Personas examinadas y encuestadas				Mujeres embarazadas examinadas y encuestadas			
		n	%	n	%	n	%	n	%
1. Atlántica	10. Guajira, Cesar, Magdalena	3388	16,5	923	4,5	208	19,8	69	6,6
	15. Bolívar Sur, Sucre, Córdoba			1042	5,1			48	4,6
	2. Atlántico sin Barranquilla, San Andrés, Bolívar norte			913	4,4			54	5,1
	3. Barranquilla			510	2,5			37	3,5
2. Oriental	14. Santanderes	3431	16,7	1397	6,8	153	14,6	75	7,1
	5. Boyacá, Cundinamarca, Meta			2034	9,9			78	7,4
3. Central	1. Antioquia sin Medellín	3467	16,9	1093	5,3	148	14,1	66	6,3
	2. Medellín			741	3,6			29	2,8
	6. Caldas, Risaralda, Quindío			748	3,6			21	2
	8. Caquetá, Huila, Tolima			885	4,3			32	3
4. Pacífica	11. Litoral Pacífico	3417	16,6	462	2,2	117	16,9	46	4,4
	16. Valle sin Cali ni Litoral Pacífico			845	4,1			34	3,2
	7. Cali			863	4,2			41	3,9
	9. Cauca y Nariño sin Litoral Pacífico			1247	6,1			56	5,3
5. Bogotá	4. Bogotá D.C.	3419	16,7	3419	16,7	186	17,7	186	17,7
6. Orinoquía y Amazonía	13. Orinoquía y Amazonía	3412	16,6	3412	16,6	178	17	178	17
Total General		20534	100	20534	100	1050	100	1050	100

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social (2014). IV Estudio Nacional de Salud Bucal, Tomo II

Tabla 3. Personas Encuestadas por Edad

Grupo	Personas examinadas y encuestadas		Mujeres embarazadas examinadas y encuestadas	
1 año	2090	10,2		
3 años	2079	10,1		
5 años	2277	11,1		
12 años	2186	10,6		
15 años	2048	10,0	28	2,7
18 años	1812	8,8	77	7,3
20-34 años	2863	13,9	847	80,7
35-44 años	1689	8,2	96	9,1
45-64 años	2301	11,2	2	0,2
65-79 años	1189	5,8		
Total General	20534	100	1050	100

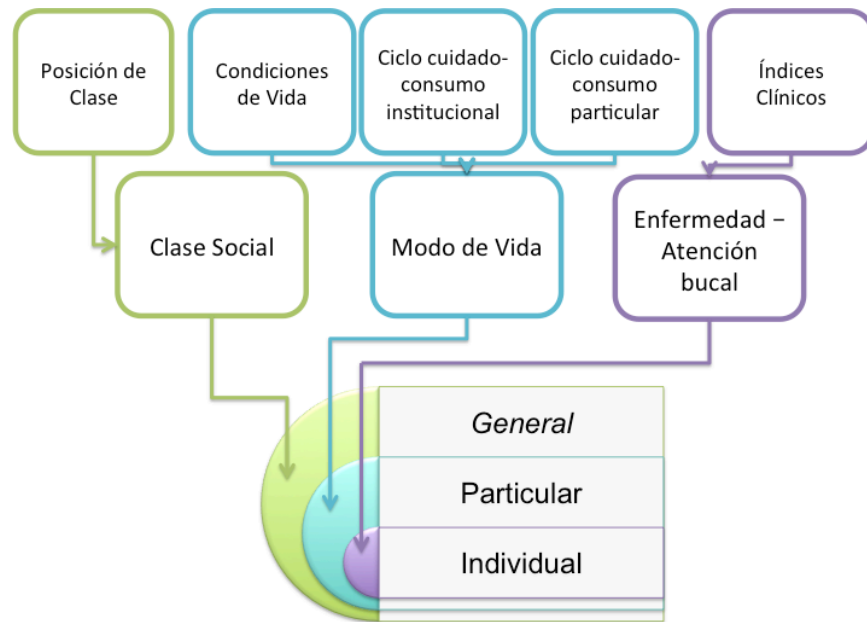
*Las 1050 mujeres embarazadas se incluyen dentro del total de la población

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social (2014). IV Estudio Nacional de Salud Bucal, Tomo II

Metodología de esta tesis

El análisis de los datos del ENSAB IV en esta tesis se hizo siguiendo el siguiente modelo analítico-metodológico:

Figura 5. Modelo Analítico-Metodológico General



Fuente: Elaboración Propia

La dimensión general, correspondiente a la estructura social, se representa en este modelo por la pertenencia de clase social, que se operacionaliza como la *posición de clase*¹⁰. La clase social configura la inserción de las personas en la sociedad o la estructura de clases de acuerdo a como se insertan en el aparato productivo. La posición que ocupan allí va a determinar modos de vida específicos para la clase a la que pertenecen o para fracciones de ella. La dimensión particular, o de modos de vida se configuran a partir de 3 elementos: 1. Condiciones de vida, que hace referencia a características del hogar, por lo que se enmarca en una dimensión colectiva que da

¹⁰ Breilh denomina Inserción Social a la operativización de la categoría Clase Social (Breilh, 1989). Sin embargo, en este estudio se denominaran *posiciones de clase* apegándonos a la definición de Wright (2015a), en la que esta denominación corresponde a una apuesta empírica de clasificación de los individuos dentro de una estructura de clase, pero no necesariamente hace referencia a un análisis de clase social, dado que no da cuenta de las relaciones entre ellas dentro de una estructura particular de clases. Esta última parte requiere un análisis más cualitativo y teórico.

cuenta de las posibilidades de acceso a ciertas formas de vivir, ello rebate la idea de los procesos salud-enfermedad-atención como cuestiones exclusivamente individuales. 2. Ciclo cuidado-consumo institucional que se refiere a las posibilidades de los grupos de acceder a redes institucionales de cuidado, para este caso en específico relacionados con la atención en salud bucal. 3. Ciclo cuidado-particular-consumo relacionado con el acceso a elementos de cuidado bucal y las prácticas de higiene. Finalmente, la dimensión individual estará representada aquí por la enfermedad-atención bucal, que se operacionaliza en índices clínicos que se indicarán más adelante.

Un segundo momento del análisis corresponderá a las relaciones entre las distintas dimensiones de la determinación social de la salud. Bajo la óptica de la salud colectiva lo biológico o el orden individual se encuentra subsumido en lo social o el orden colectivo y estructural, pero dichas relaciones son dinámicas y en doble sentido, es decir, complejas. Para efectos empíricos y dadas las limitaciones de la técnica, aquí tenderán a verse estáticas, no queriendo decir con ello que son estrictamente así, es simplemente el recorte de la realidad con fines empíricos.

Para fines estadísticos se utilizó únicamente la información de la encuesta, correspondiente a los formularios de hogar, personas y determinación social. Del componente clínico se utilizó exclusivamente la información relacionada con Caries Dental y de ella la consignada para el índice COP, a partir del cual se construyeron los demás indicadores utilizados.

Población

En este estudio se incluyó únicamente la población entre 20 y 79 años por tres razones: 1. Es el grupo más homogéneo en cuanto a la información recabada, comparte índices similares e información de determinación social completa. 2. Es el grupo de edad menos estudiado en relación con la salud oral y 3. la mayor parte de la población incluida aquí corresponde a la población económicamente activa.

La muestra para este grupo de edad es de 8.040 personas, que representan 29.444.964 colombianos (muestra expandida). La distribución por edad de la población se encuentra en la tabla Tabla 6. Descripción sociodemográfica por clase social del capítulo de resultados.

Es importante decir que la edad es uno de los niveles de desagregación del ENSAB IV; es decir que cualquier tipo de parámetro que se utilice se espera que las estimaciones tengan un margen de calidad aceptable.

Análisis estadístico

Clase social

El estudio tomó la propuesta de operacionalización de clase social del profesor Breilh (Breilh, 1989). Siguiendo la definición de clase social de Lenin, Breilh propone 4 variables para clasificar la población en diferentes posiciones de clase: categoría ocupacional (17 categorías), fuente de ingresos (16 categorías), posesión de los medios de producción (6 categorías) y función en el trabajo (4 categorías). En los estudios de clasificación en posiciones de clase suele utilizarse la información del principal responsable económico para ubicar los miembros de la familia en una posición de clase dada, por ello estas 4 preguntas van dirigidas al principal responsable económico del hogar. El algoritmo propuesto originalmente para combinar las 4 variables debía resultar en 13 posiciones de clase, tal como se muestra a en la tabla 3.

Debido a errores en la recolección de la información y a características no tenidas en cuenta de la flexibilización del trabajo, la informalidad y el subempleo, cerca del 50% de la muestra no pudo ser clasificada en ninguna de las 12 posiciones de clase. Para arreglar este problema, decidimos usar una técnica estadística, que guiada por los debates contemporáneos acerca de la clase social (descritos en el marco teórico) nos permitiera clasificar el total de la muestra en nuevas posiciones de clase que fueran estadísticamente más robustas.

Después de una revisión de las técnicas multivariadas, decidimos que un análisis de conglomerados sería la mejor técnica a utilizar, dado que permite reducir la dimensión de los datos, resumir la información y clasificar los individuos en grupos. La principal característica de los grupos en el análisis de conglomerados es su homogeneidad (cohesión interna) y la separación (aislamiento/separación externa) (Everitt, Landau, Leese, & Stahl, 2011; Johnson, 2000). En la clasificación jerárquica de los conglomerados, los datos son divididos en series de particiones, desde un grupo con todos los individuos hasta n número de grupos con sólo un individuo (Everitt et al., 2011).

Sin embargo, antes del análisis de conglomerados fue necesario hacer un proceso de depuración y ajuste de la base de datos. Inicialmente hicimos un análisis descriptivo de las variables para detectar datos *outlayers*, y revisar su comportamiento. En un segundo momento hicimos una conversión de las 4 variables propuestas por Breilh (categoría ocupacional, fuente de ingresos, posesión de los medios de producción y función en el trabajo) en variables indicadoras (dummy) para poder hacer uso de los métodos multivariados y una estandarización de dichas variables indicadoras¹¹.

¹¹ La estandarización de una variable consiste en crear una nueva variable restando de la original su promedio y dividiendo entre su desviación estándar (Blair & Taylor, 2008; SAS Institute Inc, 2009)

Tabla 3. Algoritmo de combinación de variables de posición de clase

Inserción social	Grupo o clase social	Categoría Ocupacional	Propiedad de los medios de producción	Función en el Trabajo	Fuente de Ingresos
1	Capa media pudiente	1. Profesional o técnico que ejerce independientemente	a. Locales	2. Dirige y organiza el trabajo de otros	3. Negocio particular
		2. Empleado de empresa particular titulado (profesional o técnico)	b. Tierra	3. Hace y dirige el trabajo	5. Sueldo como empleado de empresa del sector público
		3. Empleado público titulado (profesional o técnico)	c. Maquina (Vehículo)		6. Sueldo como empleado de empresa del sector privado
			d. Herramientas		11. Honorarios por servicios
			1. Nada		15. Otra
2	Capa media pobre	4. Empleado de empresa particular no titulado	d. Herramientas	1. Hace el trabajo	5. Sueldo como empleado de empresa del sector público
		5. Empleado público no titulado	1. Nada	3. Hace y dirige el trabajo	6. Sueldo como empleado de empresa del sector privado
3	Pequeño productor artesano	6. Artesano	b. Tierra	1. Hace el trabajo	3. Negocio particular
			c. Maquina (Vehículo)	2. Dirige y organiza el trabajo de otros	
			d. Herramientas	3. Hace y dirige el trabajo	
4	Pequeño productor comerciante	7. Comerciante propietario de pequeño negocio	a. Locales	2. Dirige y organiza el trabajo de otros	3. Negocio particular
			c. Maquina (Vehículo)	3. Hace y dirige el trabajo	
			1. Nada		
5	Pequeño productor agricultor	14. Pequeño trabajador agrícola	c. Maquina (Vehículo)	2. Dirige y organiza el trabajo de otros	8. Sueldo como trabajador del campo
			d. Herramientas	3. Hace y dirige el trabajo	
6	Empresario	8. Propietario de empresa industrial, comercial o de servicios	a. Locales	2. Dirige y organiza el trabajo de otros	1. Alquiler de propiedad

		16. Otra	b. Tierra	3. Hace y dirige el trabajo	3. Negocio particular
			c. Maquina (Vehículo)		
			d. Herramientas		
			e. Mercancías		
7	Obreros	9. Obrero o trabajador manual de empresa no propia	d. Herramientas	1. Hace el trabajo	7. Sueldo como obrero
			1. Nada	3. Hace y dirige el trabajo	
8	Subasalariado	10. Jornalero o peón	d. Herramientas	1. Hace el trabajo	2. Jornal diario o por semana
		11. Trabajador por cuenta propia no profesional ni técnico/empleada doméstica/ayudante familiar sin remuneración	1. Nada		
		16. Otra			9. Sueldo como empleada doméstica
9	Desempleado	16. Otra	1. Nada	4. No aplicable	10. Ventas ambulantes
		17. Ninguna			12. Donaciones de familiares u otras personas o entidades
					13. Susidio del gobierno
					14. Limosna
					15. Otra
10	Jubilado	12. Jubilado			4. Pensión jubilar
11	Militares	13. Militar o Policía			5. Sueldo como empleado de empresa del sector público
12	No clasificable	18. No sabe			17. No sabe
13	Rentista	15. Rentista			

Fuente: Modificada de Breilh, J. (1989) para el IV Estudio Nacional de Salud Bucal

Posteriormente corrimos un primer análisis de conglomerados, cuyo resultado nos llevó a la conclusión que era necesario hacer una re-categorización de las variables categoría ocupacional y fuente de Ingresos para disminuir el número de categorías en cada una de ellas (ver tabla 4).

Tabla 4. Recategorización de las variables categoría ocupacional y fuente de Ingresos

Nombre de la Variable	Categorías Originales de la Variable en el Estudio	Reclasificación de Categorías
Categoría Ocupacional (OCUPAC-RE)	1. Profesional o técnico que ejerce independientemente	1. Profesional o técnico que ejerce independientemente
	2. Empleado de empresa particular titulado (profesional o técnico)	2. Empleado
	3. Empleado público titulado (profesional o técnico)	
	4. Empleado de empresa particular no titulado	
	5. Empleado público no titulado	
	13. Militar o policía	3. Comerciante pequeño negocio
	6. Artesano	
	7. Comerciante propietario de pequeño negocio	4. Obrero
	9. Obrero o trabajador manual de empresa no propia	
	10. Jornalero o peón	
	11. Trabajador por cuenta propia no profesional ni técnico (empleada doméstica / ayudante familiar sin remuneración)	
	14. Pequeño trabajador agrícola	5. Jubilado/rentista
	12. Jubilado	
	15. Rentista	6. Propietario de empresa industrial, comercial o de servicios
	8. Propietario de empresa industrial, comercial o de servicios	
	17. Ninguna (desempleado/a)	7. Ninguna/Desempleado
	Fuente de Ingresos (FUE_ING_RE)	(5. 'Sueldo como empleado del sector público')
(6. 'Sueldo como empleado del sector privado')		2. Sueldo como Jornalero
(2. 'Jornal diario o por semana')		
(8. 'Sueldo como trabajador del campo')		3. Salario como obrero
(7. 'Sueldo como obrero')		
(9. 'Sueldo como empleada doméstica')		4. Pensión/alquiler de propiedad
(1. 'Alquiler de propiedad')		
(4. 'Pensión jubilar')		5. Negocio particular/ventas ambulantes
(3. 'Negocio particular')		
(10. 'Ventas ambulantes')		
(12. 'Donaciones de familiares u otras personas o entidades.')		6. Donaciones/Subsidio/Limosna
(13. 'Subsidio del gobierno')		
(14. 'Limosna')		7. Ninguna
(16. 'Ninguna (desempleado/a)')		
(11. 'Honorarios por servicios')	8. Honorarios por servicios	

Fuente: Elaboración propia

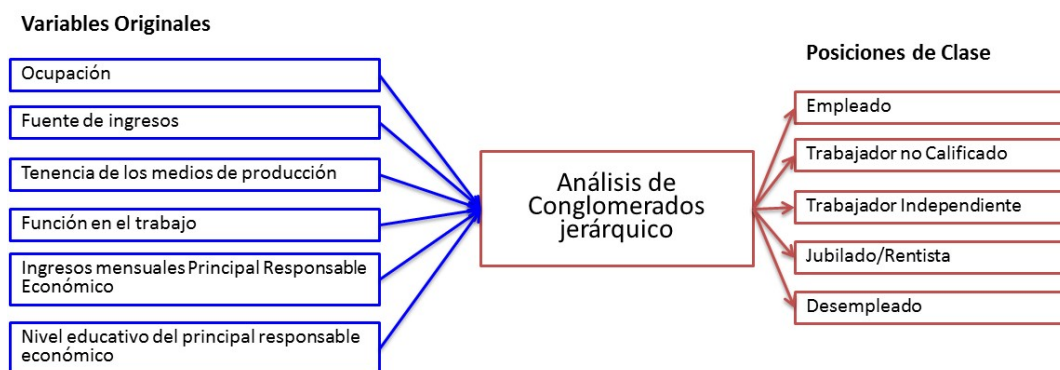
Adicionalmente, dado que la variable fuente de ingresos tenía un total de 313 casos perdidos, y en aras de no perder representatividad en el momento de expandir la muestra se hizo una imputación de los datos perdidos usando la función de imputación de datos perdidos del programa JMP9 (SAS Institute Inc, 2009). La estimación de los valores imputados se hace a partir de expectativas condicionales de los valores no perdidos para cada fila. La matriz de medias y covarianzas fue usada para los cálculos de la imputación. La estimación de dicha matriz se hizo mediante el método de Máxima Verosimilitud Restringida (Restricted Maximum Likelihood) – REML. Una vez se hizo la imputación de datos se hizo la aproximación de los valores a 0 o 1 según la cercanía del valor imputado. Una vez hecha la recategorización e imputación de datos correspondiente se volvieron a convertir las variables a variables indicadoras estandarizadas y se corrió nuevamente el análisis de conglomerados.

La revisión de literatura sobre clase social nos permitió encontrar la propuesta de modelo integrado de Wright (, 2015c) para hacer análisis de clase social (en el marco teórico se encuentra una ampliación de ella), que consideramos particularmente atractiva, dado que permite integrar distintas perspectivas teóricas en un mismo análisis de clase, en este caso para establecer la mejor clasificación de posiciones de clase. Siguiendo esta propuesta usamos un análisis jerárquico de conglomerados que incluyó las 4 variables originales de Breilh (que sigue más de cerca el marco conceptual Marxista clásico) y adicionamos las variables ingreso y nivel educativo del principal responsable económico de la persona encuestada (ver figura Figura 6. Modelo de Conglomerados de Posición de Clase), que fueron usadas por Wright y Bronfman (Bronfman & Tuirán, 1984; Wright, 1985) en algunos de sus análisis. Estas dos

variables usadas en el enfoque de atributos individuales, o las propuestas de estratificación (Wright, 1985), nos permitieron hacer una mejor discriminación de las posiciones de clase.

Para evaluar el número ideal de conglomerados a utilizar, hicimos un análisis de varianza entre grupos (prueba de F). Como variables dependientes, usamos todas las variables estandarizadas incluidas en los conglomerados. Obtuvimos el cuadrado medio del error para diferentes números de conglomerados, con ellos hicimos un gráfico de sedimentación (scree plot), el número de conglomerados más adecuado está dado por el punto de inflexión de la curva. Como resultado obtuvimos que el mejor número de conglomerados a usar era cinco (ver figura Figura 6. Modelo de Conglomerados de Posición de Clase). La descripción de cada conglomerado aparece en la sección de resultados (tabla 5).

Figura 6. Modelo de Conglomerados de Posición de Clase



Fuente: Elaboración Propia

Es importante resaltar que tres de los conglomerados o posiciones de clase corresponden a la población activa (empleado, trabajador no calificado y, trabajador independiente), y dos de ellas a la población que no se encuentra dentro del sistema productivo (Jubilado/rentista y Desempleado). En buena parte de los estudios de clasificación de clase social las personas que no se encuentran dentro del proceso productivo son excluidas de los análisis (Bronfman & Tuirán, 1984; Fresneda, 2014), sin embargo, consideramos que dado que el estudio es poblacional, que el cálculo de los factores de expansión fue hecho para toda la población y, que las tasas de desocupación en Colombia son altas, debíamos conservar el total de la población.

Modos de vida

Un paso previo a todos los análisis fue el de reclasificación de las variables. La variable tenencia de la vivienda fue “re-clasificada” para incorporar las personas que habían escogido la opción 5 “otra”. Aquellas personas que decían que cuidaban, administraban, estaban en esa vivienda por trabajo o personas que viven en residencia universitaria se reclasificaron en opción 5 “en usufructo”, las personas que decían que era vivienda familiar, patrimonio familiar, herencia o en sucesión se reclasificaron en opción 1 “propia totalmente pagada”. Las personas que pusieron “Anticres” (figura en la que la vivienda se paga con los frutos de la misma) se reclasificaron como arriendo.

Tal como se muestra en la figura 5 el análisis de modo de vida se compone de 3 grandes elementos: condiciones de vida, cuidado-institucional-consumo y cuidado-particular-consumo. Cada uno de esos elementos requirió un análisis separado.

Condiciones de Vida

Tal como se indicó en el marco teórico las condiciones de vida son entendidas como parte del nivel particular de la determinación social de la salud, en la medida en que dan cuenta de las condiciones materiales de existencia, cuyo acceso está determinado por la posición que se ocupa dentro de la estructura de clases. Las condiciones de vida aquí hacen referencia a la vivienda, el acceso a servicios públicos, y alimentación.

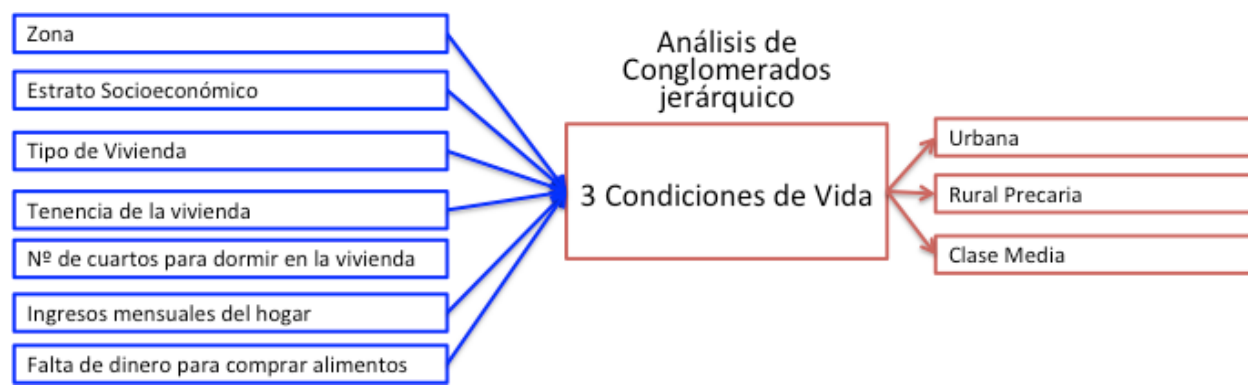
Los análisis estadísticos de este componente se hicieron de dos formas distintas e independientes, y se presentan separadamente en las dos secciones del capítulo de resultados.

En la sección uno, se presenta la relación clase social y condiciones de vida. Para evidenciar dicha relación corrimos un análisis de conglomerado jerárquico, estadísticamente similar al que se utilizó para establecer las posiciones de clase. La figura 7 muestra el modelo con el cual se hicieron los análisis, los cuadros azules representan las variables observables del ENSAB IV que se incluyeron en el modelo, y los cuadros rojos son los conglomerados resultantes. Las características de cada conglomerado se muestran en la tabla 7 del capítulo de resultados.

Para la sección dos de los resultados pretendíamos completar la propuesta inicial de modos de vida (con los tres grandes componentes: condiciones de vida, cuidado-particular-consumo y cuidado-institucional-consumo) y evaluar la relación con las otras dimensiones de la determinación social de la salud, por ello era necesario un tipo de análisis que permitiera ver la complejidad de estas relaciones, y optamos por el análisis de ecuaciones estructurales. Un requisito para este tipo de análisis es que las variables deben ser numéricas, pero casi la totalidad de las variables que se utilizaron en el

ENSAB IV eran de naturaleza cualitativa categórica. Por ello fue necesario usar otra técnica multivariada para convertirlas en variables numéricas.

Figura 7. Modelo de Conglomerados de Condiciones de Vida



Fuente: Elaboración propia

Los análisis multivariados de correlaciones policóricas hacen parte de los análisis factoriales, tienen como principal objetivo la reducción de las dimensiones de los datos, en este caso cualitativos, de manera que mediante un pequeño número de variables latentes (factores) explica un conjunto de variables observadas (Freiberg Hoffmann, Stover, de la Iglesia, & Fernández Liporace, 2013). Lo que se generan son matrices de correlaciones, policóricas en este caso por tener variables dicotómicas y politómicas, que permiten estimar las covariaciones entre los elementos que componen un grupo de variables (Freiberg Hoffmann et al., 2013,p.152). Las variables incluidas deberían cumplir con el supuesto de normalidad y continuidad, sin embargo, en este caso dado el gran tamaño de muestra no existe ningún inconveniente en el uso de variables que no cumplan este supuesto. Los nuevos factores, o componente principales terminan siendo nuevos constructos teóricos, y es importante revisar si esas nuevas variables son suficientes para resumir la información contenida en todas las variables. Estas componentes principales no están correlacionados (son independientes partiendo del supuesto de distribución normal), y la primera componente principal explica la mayor cantidad de varianza de los datos y la subsecuente explica la variabilidad restante (IMAS, sf).

Las variables incluidas en el análisis de correlaciones policóricas para condiciones de vida son las mismas incluidas en el análisis de conglomerados para condiciones de vida (zona, estrato socioeconómico, tipo de vivienda, tenencia de la vivienda, número de cuartos para dormir, ingresos mensuales del hogar y, falta de dinero para comprar alimentos). Los análisis se corrieron en Stata 13.0 (StataCorp, 2013). El resultado final del análisis de matrices policóricas de este componente dio como resultado tres

componentes principales: 1. socioeconómico, 2. vivienda, y 3. recursos para alimentación. La descripción de cada componente aparece en la segunda sección del capítulo de resultados (tabla 9).

La calidad del modelo fue evaluada según el porcentaje de explicación de cada componente principal y su acumulado, así como la plausibilidad de los resultados de acuerdo con la teoría y la realidad. Es importante resaltar que si bien es importante que el porcentaje de explicación del componente principal sea alto, éste no tiene ningún impacto en el modelo, simplemente quiere decir que la nueva variable (componente principal) no explica la totalidad de las correlaciones de las variables originales.

Cuidado Institucional consumo

Este es el segundo componente de los modos de vida. Se refiere a una de las partes del ciclo cuidado-particular-consumo/cuidado-institucional-consumo y hace referencia a las posibilidades de acceso a las respuestas institucionales, en este caso para salud oral, representadas en el acceso a los servicios de salud, su capacidad resolutive y a prácticas educativas en materia de salud oral (Abadía-Barrero & Martínez-Parra, 2016).

Para el análisis del componente también se utilizaron matrices de correlaciones policóricas en la que se incluyeron las variables: régimen de afiliación a salud, asistencia a consulta odontológica y actividades de prevención recibidas. En Colombia el régimen de afiliación marca diferencias sustanciales en las posibilidades de acceso a servicios de salud y la calidad de la atención de los mismos (Cesar Ernesto Abadía-Barrero & Oviedo, 2009; Martínez, 2009; Molina Marín, Muñoz, & Ramírez, 2009). Por su parte la consulta odontológica hace referencia a las posibilidades de acceso específico al cuidado de la salud bucal y las actividades de prevención representan las prácticas pedagógicas que no necesariamente están ligadas a la afiliación a salud o la consulta odontológica.

El resultado obtenido del análisis fue de dos componentes principales, aseguramiento y atención odontológica. Con un porcentaje de explicación del 89%. La descripción de cada componente principal puede observarse en la tabla 10 del capítulo de resultados.

Cuidado Individual consumo

Este componente completa el ciclo cuidado-particular-consumo/cuidado-institucional-consumo y se refiere a las posibilidades de acceso a una alimentación protectora y elementos de higiene oral y las prácticas de cuidado bucal (Abadía-Barrero & Martínez-Parra, 2016).

Las variables que decidimos incluir fueron: cepillado, uso de crema dental, cantidad de crema dental, uso de seda dental. En relación con la alimentación fue imposible incluir alguna variable, dado que la información de alimentación que se recabó en el ENSAB IV fue exclusivamente para los niños.

Dado que estas son variables ordinales o dicotómicas y que son pocas, decidimos incluirlas en su forma original en los modelos de análisis de factores y ecuaciones estructurales.

Índices clínicos

En la propuesta original de la determinación social de la salud el nivel singular o individual está dado por los estilos de vida, el genotipo y el fenotipo. Para efectos de esta tesis, sólo dejaremos en esta dimensión singular la expresión de las condiciones de la boca representada por los daños causados por la caries dental y el acceso al tratamiento de los mismos. Utilizamos 3 índices clínicos para dar cuenta de ello:

1. COP (Dientes Cariados + Obturados + Perdidos por caries): este es el índice más frecuentemente usado y es el recomendado por la OMS para dar cuenta de la severidad del daño de la caries dental y el tratamiento recibido (H. Klein, Palmer, & Knutson, 1938; World Health Organization, 2013).
2. Índice de Necesidad de Tratamiento (Dientes cariados/ dientes cariados + dientes obturados). Este indicador fue diseñado por Gluck (1972) para dar cuenta de las necesidades restaurativas no satisfechas entre migrantes puertorriqueños en los Estados Unidos. Al evaluar la salud dental de los inmigrantes Gluck mostró que el COP de los inmigrantes era incluso menor que el de los trabajadores estadounidenses, sin embargo, tenían un menor número de dientes obturados lo que le permitió decir que el COP tradicional fallaba al mostrar las necesidades de tratamiento que tenían los migrantes aun cuando eran bien conocidas las condiciones de precariedad en alimentación, prácticas de higiene bucal y el nulo o restringido acceso a los servicios de salud de este grupo de hombres (Gluck et al., 1972).
3. Índice de cuidado (dientes obturados/COP). Fue propuesto por Walsh (1970), como una medida de resumen de la provisión de cuidado dental restaurativo o el uso de servicios. Permite hacer comparaciones entre diferentes poblaciones o al interior de una población a lo largo del tiempo. Fue diseñado para probar que el trabajo de cooperación entre los profesionales dentales y los gobiernos en programas de atención a la salud oral eran una medida efectiva para controlar las enfermedades bucales, especialmente la caries dental.

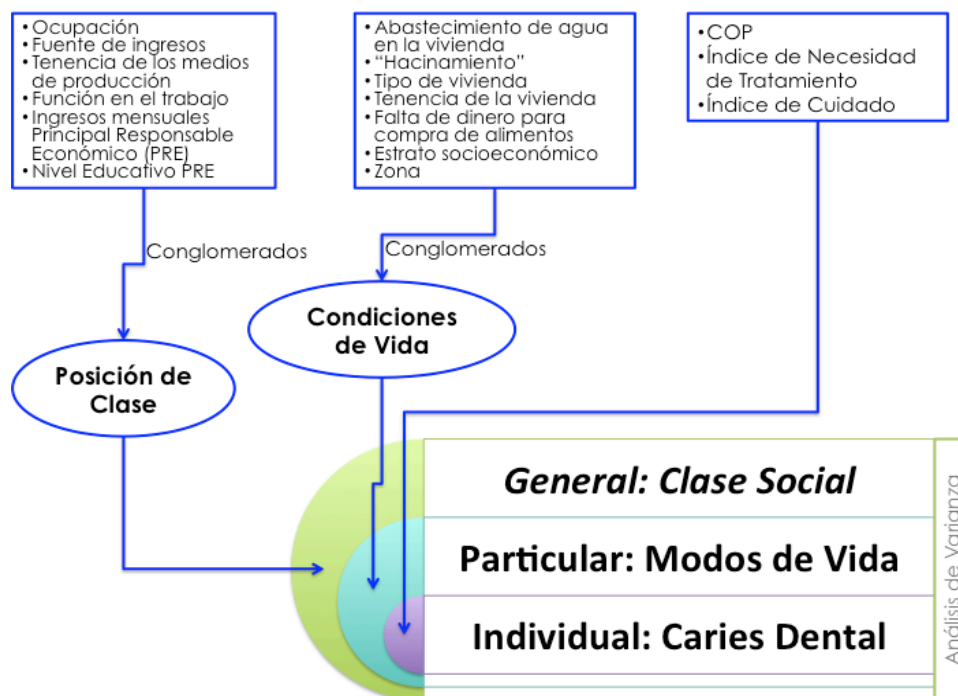
En resumen, los índices de necesidad de tratamiento y de cuidado en realidad miden el acceso y la equidad en el tratamiento clínico y son más adecuados para mostrar las

desigualdades en salud-enfermedad-atención bucal (Agudelo Suárez & Martínez Herrera, 2009).

Modelos de análisis de Varianza

Los efectos de los conglomerados de posición de clase (5 categorías) y condiciones de vida (3 categorías) (expuestos en la primera parte del capítulo de resultados – Clase Social y Condiciones de Vida) sobre los índices clínicos se evaluaron con modelos de análisis de varianza para cada variable categórica (posición de clase con 5 categorías y condiciones de vida con 3 categorías) y un modelo de análisis diferente que incluía las dos variables categóricas y su interacción (la figura 8 muestra cómo se articulan las distintas variables en cada dimensión de la determinación social de la salud). Dada la importancia de la edad (variable continua), fue incluida en los modelos como co-variable. Se corrió un modelo por cada índice clínico como variable dependiente usando la función de encuestas complejas (svy) del Stata 13.0. En aquellos casos en los que la interacción no fue estadísticamente significativa, corrimos pruebas de Sheffé para cada uno de los efectos principales sobre las variables dependientes para comparar las medias entre los grupos de la misma variable (StataCorp, 2013).

Figura 8. Modelo Clase Social y Condiciones de Vida



Los análisis de varianza también fueron utilizados en la segunda parte de capítulo de resultados (Modos de Vida) para evaluar la relación clase social, modos de vida e indicadores clínicos, siempre controlados por edad. Se corrió un modelo distinto para cada uno de los índices clínicos y el factor (variable latente) modo de vida resultante de cada uno de los análisis de factores o de ecuaciones estructurales. Igual que en el caso anterior los modelos se corrieron usando la función de encuestas complejas (svy) del Stata 13.0. Para todos los modelos fueron evaluadas las interacciones entre las variables incluidas, y cuando éstas no resultaron estadísticamente significativa, evaluamos mediante pruebas de Sheffé el efecto de cada de los efectos principales sobre las variables dependientes para comparar las medias entre los grupos de la misma variable (StataCorp, 2013). Estos análisis fueron los que finalmente nos permitieron evaluar las relaciones entre los tres niveles de determinación social de la salud bucal.

Modelos de Ecuaciones Estructurales

Los modelos de ecuaciones estructurales y la técnica relacionada de los análisis de senderos se usan para probar la plausibilidad de un modelo establecido previamente usando los datos recabados. El objetivo es probar si los modelos, creados de acuerdo a la teoría, con las restricciones en las relaciones entre las variables se ajustan a los datos a los que se aplican (Mulaik, 2009).

“La diferencia principal entre los análisis de senderos y los modelos de ecuaciones estructurales es que los primeros solo exploran la relación entre las variables observables o medibles, mientras los modelos de ecuaciones estructurales, en combinación con los análisis de senderos y análisis de factor confirmatorio exploran relaciones entre variables latentes” (Newton & Bower, 2005,p.29).

El modelo se crea a partir de una organización de las variables en varias variables “antecedente” (medibles, u observables) y variables de resultado (latentes o factores), y las relaciones previamente establecidas entre ellas, que constituyen cadenas causales. El resultado del análisis da cuenta del grado de cercanía de las observaciones empíricas con las cadenas causales propuestas en el modelo, es decir, el apoyo o no a la hipótesis presente en la estructura causal propuesta. Adicionalmente, se evalúa el peso de cada relación casual gracias a los coeficientes de sendero.

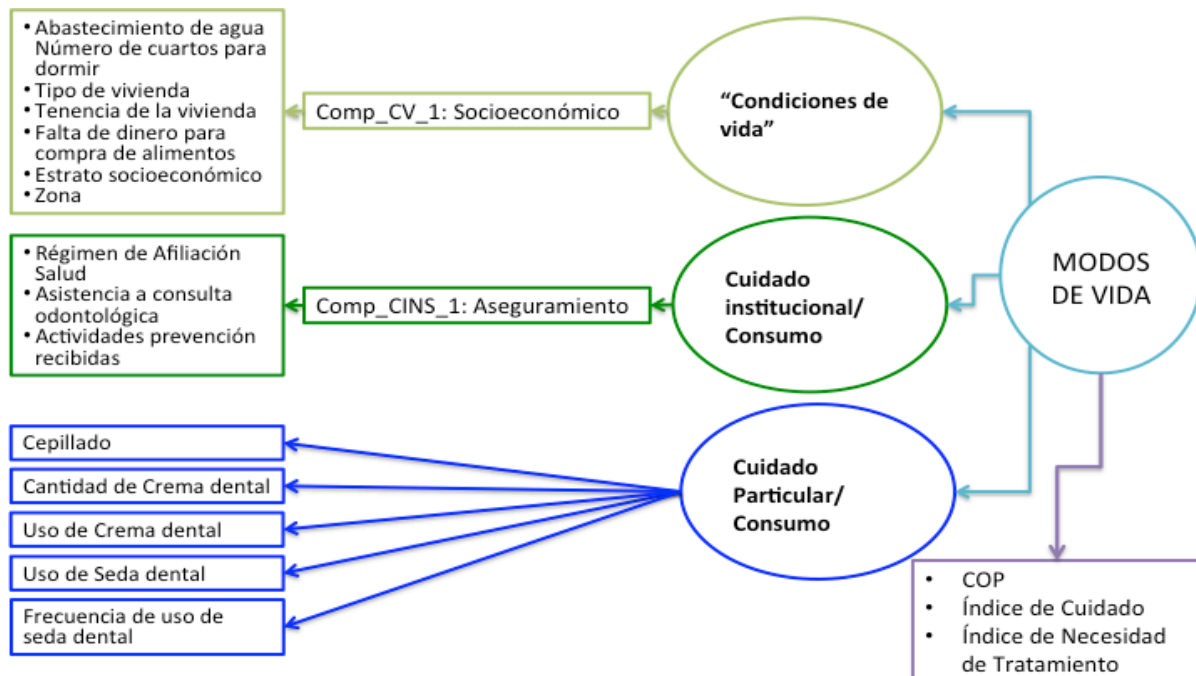
La evaluación del modelo consiste en establecer la cercanía de la matriz de varianzas y covarianzas reproducida con la matriz de varianzas y covarianzas observada señalando cualquier falta de ajuste (Mulaik, 2009). Existen múltiples índices para medir

el ajuste de los modelos de ecuaciones estructurales, muy útiles, especialmente cuando los tamaños de muestra son muy grandes y la prueba de hipótesis de χ^2 tiende a ser muy grande y por tanto rechaza la hipótesis de nulidad¹². Dentro de la gran cantidad de índices disponibles se encuentran el Índice de Ajuste Comparativo (CFI) que debe ser mayor o igual a 0,95 y el índice de la Raíz de Cuadrados Medios del Error (RMSEA), cuya recomendación es que sea menor a 0,06 (Mulaik, 2009).

Cabe decir que la puesta a prueba del modelo o modelos es una tarea iterativa, que requiere revisar tanto el ajuste “estadístico” del modelo como el ajuste a la teoría sobre la cual se fundamenta. De manera que se corren múltiples posibilidades de un mismo modelo hasta encontrar el que mejor se ajuste, sin querer decir que este sea una verdad absoluta o la “verdad”, dado que puede haber múltiples modelos compatibles con los datos. El resultado final de los análisis de ecuaciones estructurales será un modelo final revisado.

En nuestro caso los modelos de ecuaciones estructurales nos permitieron poner a prueba las relaciones entre las dimensiones particular y singular de la determinación social de la salud bucal. La figura 9 muestra el modelo previamente establecido para los análisis de ecuaciones estructurales

Figura 9. Modelo inicial de Ecuaciones Estructurales



Fuente: Elaboración Propia

¹² La hipótesis de nulidad sería que la matriz de varianzas y covarianzas de los datos originales está correctamente reproducida con el modelo

Siguiendo la idea de distintas dimensiones subsumidas unas en otras, en este caso la singular subsumida en la particular diseñamos un modelo que siguiese la propuesta teórica inicial en el que los modos de vida se compone de las condiciones de vida y el ciclo consumo-institucional-cuidado/consumo-individual-cuidado y finalmente la variable latente resultante (Modo de Vida) se relaciona con los índices clínicos. Corrimos un modelo de ecuación estructural para cada uno de los índices clínicos. Los resultados de este proceso se muestran en la sección dos del capítulo de resultados.

Resultados

La primera parte del análisis de los datos estuvo centrado en determinar la clasificación de posiciones de clase. El análisis de conglomerados a la luz de los debates teóricos alrededor de la clase social nos permitió agrupar la muestra en las siguientes posiciones de clase, tres de trabajadores activos: empleado, trabajador no calificado, trabajador independiente; y 2 de personas inactivas: jubilado/rentista, y desempleado. Las características de estos conglomerados, de acuerdo a las categorías de cada variable incluida en el análisis se presentan en la tabla 5.

Tabla 5. Descripción Conglomerados de Posiciones de Clase

	Empleado	Trabajador independiente	Jubilado/rentista	Trabajador no calificado	Desempleado
Categoría Ocupacional	2. Empleado	1. Profesional o técnico que ejerce independientemente 3. Comerciante pequeño negocio 6. Propietario de empresa industrial, comercial o de servicios*	5. Jubilado/rentista	4. Obrero	7. Ninguna
Fuente de ingresos	1. Sueldo como empleado	5. Negocio particular/ventas ambulantes 8. Honorarios por servicios	4. Pensión/alquiler de propiedad	2. Sueldo como Jornalero (Más importante) 3. Salario como obrero 5. Negocio particular/ventas ambulantes 8. Honorarios por servicios	6. Donaciones/ Subsidio/Limosna 7. Ninguna
Función en el trabajo	2. Dirige y organiza el trabajo de otros	3. Hace y dirige el trabajo	4. No aplicable (fuera del proceso productivo)	1. Hace el trabajo	1. Hace el trabajo
Tenencia medios de producción	Maquinas Nada	Locales Maquinas Herramientas Mercancía	Tierra Nada	Tierra Herramientas	Nada
Ingreso Mensual	3. Más de 1 y 2 SMLV (\$589.501 - \$1.179.000) 4. Más de 2 y 3 SMLV (\$1.179.001 - \$1.768.500) 5. Más de 3 y menos de 4 SMLV (\$1.768.501 - \$2.358.000) 6. Más de 4 SMLV	2. Entre medio y 1 SMLV (\$294.751 - \$589.500) 6. Más de 4 SMLV (\$2.358.001 o más)	3. Más de 1 y 2 SMLV (\$589.501 - \$1.179.000) 4. Más de 2 y 3 SMLV (\$1.179.001 - \$1.768.500) 6. Más de 4 SMLV (\$2.358.001 o más)"	1. Menos de medio SMLV (\$294.750) 2. Entre medio y 1 SMLV (\$294.751 - \$589.500)	1. Menos de medio SMLV (\$294.750) 7. Ninguna (desempleado/a)

	(\$2.358.001 o más)"				
Nivel Educativo Principal Económico	5. Técnico o Tecnológica 6. Universitaria 7. Posgrado	5. Técnico o Tecnológica 6. Universitaria 7. Posgrado**	3. Primaria 6. Universitaria 7. Posgrado**	1. Ninguno 3. Primaria 8. No sabe No responde	1. Ninguno 3. Primaria**

*Las tonalidades de grises indican el peso de la categoría en el conglomerado

** En este campo la variable no tiene un peso importante

Fuente: Elaboración Propia

Las características sociodemográficas de la población por cada posición de clase se presentan en la tabla 6.

Tabla 6. Descripción sociodemográfica por clase social

	Empleado	Trabajador Independiente	Jubilado/Rentista	Trabajador no Calificado	Desempleado	Total
n*	2 543	745	614	3 875	263	8 040
N**	10 156 112	2 714 569	2 447 178	13 377 180	749 925	29 444 964
	%	%	%	%	%	%
Grupo de Edad						
20-34	46,52	33,91	17,14	39,28	29,88	39,20
35-44	24,13	20,95	5,75	19,84	22,08	20,31
45-64	24,07	38,87	43,47	32,71	29,21	31,10
65-79	5,29	6,26	33,65	8,17	18,73	9,39
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Sexo/Genero						
Hombre	49,23	45,52	45,27	49,63	40,42	48,51
Mujer	50,77	54,48	54,73	50,37	59,58	51,49
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Etnia						
Indígena	3,33	5,61	2,31	6,73	1,95	4,97
Negro	9,74	10,49	7,19	13,96	9,77	11,52
Blanco	26,59	26,73	31,62	24,63	22,66	26,03
Mestizo	46,70	42,68	45,39	39,48	46,25	42,93
Otros grupos étnicos	2,89	1,74	2,40	2,46	2,87	2,54
No definido/No sabe	10,75	12,75	11,09	12,74	16,50	12,02
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Estado Civil						
Casado	26,91	34,40	33,17	23,73	19,27	26,48
Unión Libre	33,53	31,06	12,19	40,98	18,52	34,53
Divorciado	0,77	1,02	1,17	0,30	0,15	0,59
Separado	8,24	6,96	9,56	10,34	17,31	9,42
Viudo	3,15	4,42	14,09	2,82	7,13	4,13
Soltero	27,40	22,14	29,82	21,83	37,63	24,85
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Afiliación al Sistema de Salud						
Contributivo	71,23	40,03	60,06	18,40	29,82	42,37
Subsidiado	17,34	50,57	15,45	70,54	59,57	45,49
No asegurado	5,75	1,27	16,13	0,78	0,00	3,80
Otros Regímenes	5,69	8,13	8,37	10,28	10,60	8,36
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Nivel Educativo						
Ninguno	0,95	1,52	3,18	7,75	6,92	4,43

Pre-escolar	0,03	0,00	0,00	0,05	0,00	0,03
Primaria	12,89	25,52	28,63	42,42	41,76	29,51
Secundaria	32,21	38,05	34,51	36,23	39,23	34,94
Técnica/Tecnológica	20,13	13,53	13,95	8,02	4,56	13,11
Universitaria	27,66	14,83	17,80	3,52	5,35	14,12
Postgrado	5,94	6,55	1,66	0,03	0,22	2,81
No sabe/no responde	0,19	0,00	0,29	1,98	1,96	1,04
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Zona						
Urbana	88,46	89,10	96,53	64,10	80,77	77,93
Rural	11,54	10,90	3,47	35,90	19,23	22,07
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Región						
Atlántica	15,99	25,41	15,59	23,70	12,70	20,24
Oriental	13,33	18,26	14,13	19,73	32,68	17,25
Central	26,89	22,37	29,16	24,58	21,31	25,47
Pacífica	15,08	9,75	15,36	20,26	22,86	17,17
Bogotá	27,00	21,29	24,46	8,92	7,75	17,56
Orinoquía-Amazonía	1,71	2,91	1,31	2,82	2,69	2,32
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

* Total de personas de la muestra, es decir, encuestadas

** Total de personas que representa la muestra. Muestra expandida

Fuente: Elaboración propia

Clase Social y Condiciones de Vida

Tal como se indicó en la metodología, se hizo un análisis inicial de condiciones de vida, totalmente independiente del que se presenta en la siguiente sección, como parte de una primera aproximación al análisis de modos de vida, o siguiendo a Wrigth (2015c) como parte de un análisis de clase que incluye el nivel de microprocesos o de estratificación.

El análisis de conglomerados para condiciones de vida generó 3 conglomerados: Urbano Popular, Urbana Media, y Rural Precario. Las características de estos conglomerados se presentan en la tabla 7.

Tabla 7. Descripción de los conglomerados de condiciones de vida

	1. Urbana Media	2. Urbana Popular	3. Rural Precaria
n	352	4,972	2,716
N	1,955,546	19,404,691	8,084,727
%	4.38	61.84	33.78
Zona	Urbano	Urbano	Rural
Estrato Socioeconómico	Muy arriba	Arriba medio	Abajo
Ingreso Mensual del Hogar*	6. Más de 4 SMLV (\$2.358.001 o más)	3. Más de 1 y menos de 2 SMLV (\$589.501 -	1. Menos de medio SMLV (\$294.750)

		\$1.179.000) 4. Más de 2 y menos de 3 SMLV (\$1.179.001 - \$1.768.500)	2. Entre medio y 1 SMLV (\$294.751 - \$589.500)
Falta de dinero para comprar alimentos en la última semana	1. Nunca	1. Nunca 2. Casi nunca	4. Siempre
Tenencia de la vivienda	1. Propia totalmente pagada 2. Propia la están pagando	2. Propia la están pagando 3. Alquilada, arrendada o subarriendo	4. Posesión sin título, Ocupante de hecho 5. En usufructo (Posesión sin título)
Tipo de Vivienda	2. Apartamento	2. Apartamento	3. Rancho campesino 4. Vivienda improvisada 5. Rancho urbano
Número de cuartos para dormir en la vivienda	Muchos	Pocos	**
Tipo de abastecimiento de agua	1. 'Acueducto con suministro continuo	1. Acueducto con suministro continuo	2. Acueducto con suministro intermitente 3. Pozo con bomba 4. Pozo sin bomba, jagüey, aljibe, barreno 5. Agua lluvia 9. Río, quebrada, manantial, nacimiento

*Los ingresos se midieron en salarios mínimos legales vigentes para Colombia en el año 2013 y correspondían a \$589.501 pesos colombianos. ** En este campo la variable no tiene un peso importante
Fuente: Elaboración propia

A continuación se presenta la distribución de la población por posición de clase y condiciones de vida.

Tabla 8. Distribución de la población por posición de clase y condiciones de vida

	Empleado	Trabajador Independiente	Jubilado/Rentista	Trabajador no calificado	Desempleado	Total
n	2 543	745	614	3 875	263	8040
N*	10 156 112	2 714 569	2 447 178	13 377 180	749 925	29 444 964
	%	%	%	%	%	%
Condiciones de Vida						
Urbana Media	13,05	9,51	9,18	1,10	0	6,64
Urbana Popular	74,98	67,33	76,83	56,49	69,99	65,90
Rural Precaria	11,97	23,16	13,99	42,41	30,01	27,46
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

*El N corresponde al total de la población, usando la muestra expandida

Fuente: Elaboración Propia

Para evaluar las inequidades en salud oral en relación con la posición de clase y las condiciones de vida hicimos modelos de análisis de varianza. En todos los modelos incluimos la edad como co-variable, dado que es bien sabido que las tasas de caries aumentan a lo largo de la vida, es decir, su efecto es acumulativo.

Los modelos de análisis de varianza para todos los indicadores de salud oral (COP, NT y CI) incluyendo clase social y condiciones de vida y sus interacciones resultaron en modelos en los que solo las condiciones de vida fueron estadísticamente significativas para los indicadores de NT y CI. Para evaluar si este resultado se debía a una fuerte asociación entre la clase social y las condiciones de vida, utilizamos un análisis de correspondencia entre las dos variables con una prueba de chi cuadrado de Pearson, con una $p < 0,001$ la prueba confirmó la asociación, lo que nos obligó a correr unos nuevos modelos de análisis de varianza para cada variable por separado.

COP (Cariados Obturados Perdidos)

Nuestro modelo de análisis de varianza para posición de clase fue estadísticamente significativo ($p < 0,001$, $R^2 = 0,37$), esto significa que la posición de clase y la edad tienen un efecto sobre el COP. La evaluación de los efectos principales de cada una de estas variables (posición de clase y edad) mostraron que la posición de clase no tiene un efecto significativo. El efecto de la edad sí fue estadísticamente significativo ($p < 0,01$) y el coeficiente de correlación mostró que por cada año de edad el COP aumenta en promedio un 17%.

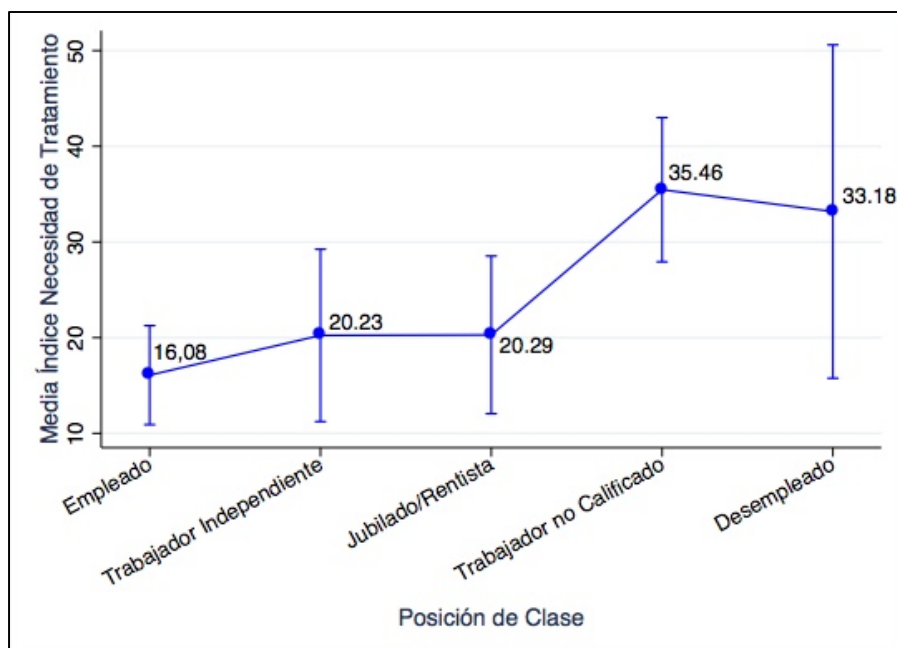
El modelo de análisis de varianza para condiciones de vida también fue estadísticamente significativo ($p < 0,01$, $R^2 = 0,36$), lo que significa que las condiciones de vida y la edad tienen un efecto sobre el COP. Similar a los resultados de posición de clase, la evaluación de los efectos principales mostraron que sólo la edad tenía un efecto estadísticamente significativo sobre el COP ($p < 0,01$). En este caso, el coeficiente de correlación mostró que cada año de edad representa un incremento del 16% en el COP, resultado muy similar al encontrado en el análisis anterior.

Estos resultados no son sorprendidos, y confirman que el COP no es el mejor indicador para evaluar desigualdades en salud oral, se sabe que dada la forma cómo se estima el componente de dientes perdidos del indicador y, que no es posible saber con exactitud si la pérdida estuvo relacionada con la caries, el indicador sobrestimaría el efecto de la enfermedad (Broadbent & Thomson, 2005). Mientras es bien sabido que existen diferencias significativas en términos de la presencia de enfermedad activa y la capacidad de acceso a atención en salud entre las personas que pertenecen a diferentes clases sociales y condiciones de vida, el COP oculta estas diferencias cuando mezcla la enfermedad activa, con los dientes tratados y perdidos.

Índice de Necesidad de Tratamiento (NT)

El modelo de análisis de varianza para el índice de Necesidad de Tratamiento (NT) (Dientes Cariados/Dientes cariados + dientes obturados), posición de clase y edad fue estadísticamente significativo ($p < 0,001$, $R^2 = 0,05$). En este caso, fue la posición de clase, y no la edad, la que tuvo un efecto principal significativo ($p < 0,001$). Usamos una prueba de Sheffé para comparar las medias del indicador (NT) entre las posiciones de clase, así encontramos diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de trabajadores no calificados y empleados ($p < 0,001$) y entre los trabajadores no calificados y los trabajadores independientes ($p < 0,05$).

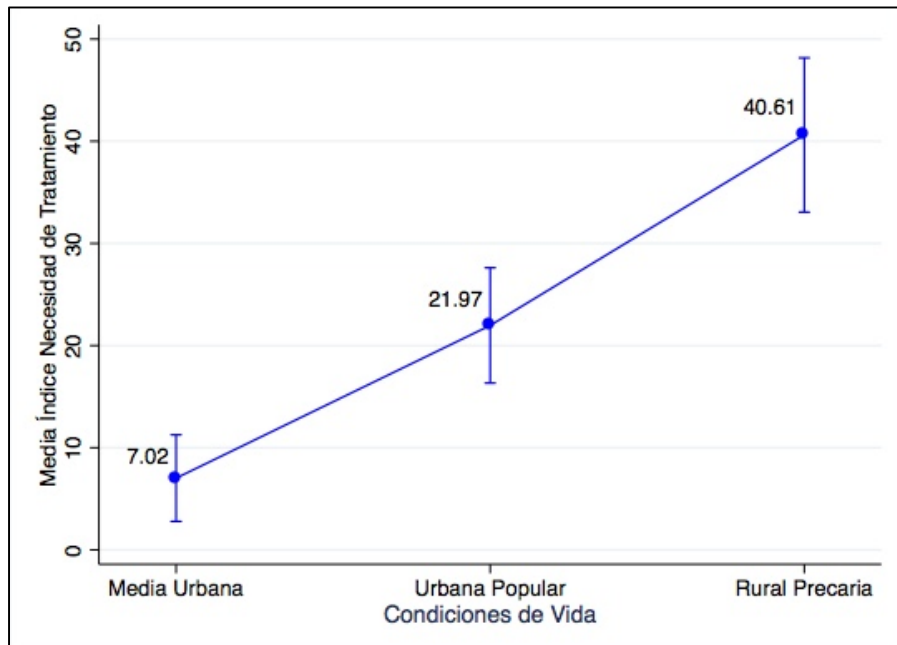
Gráfica 1. Promedio del índice de necesidad de tratamiento por posición de Clase ajustado por edad



Fuente: Elaboración propia

Para condiciones de vida, el modelo de análisis de varianza también fue estadísticamente significativo ($p < 0,001$, $R^2 = 0,06$) y, como en el modelo de posición de clase, fueron las condiciones de vida, sobre la edad, las que tuvieron un efecto estadísticamente significativo ($p < 0,001$). La prueba de Sheffé nos permitió comparar las medias entre los distintos grupos de condiciones de vida y pudimos confirmar que había diferencias estadísticamente significativas entre todos los grupos ($p < 0,001$).

Gráfica 2. Promedio del Índice de Necesidad de Tratamiento por Condiciones de vida ajustado por edad



Fuente: Elaboración propia

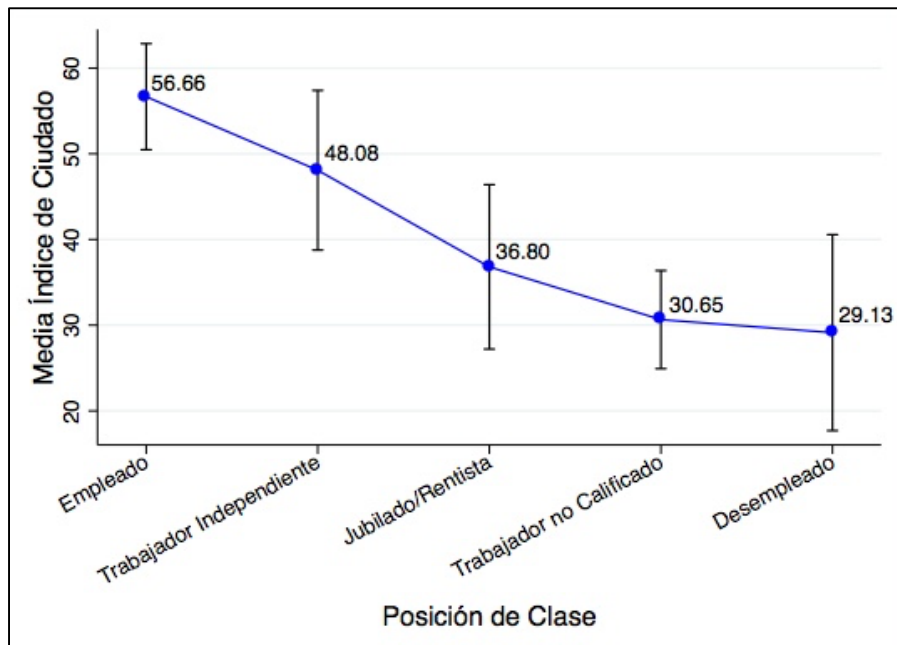
Este resultado muestra que los trabajadores no calificados y los desempleados tienen más necesidades de tratamiento que aquellos que pertenecen a las posiciones de clase de empleado, trabajador independiente y jubilado/rentista. Adicionalmente, los resultados muestran que las personas que pertenecen a los grupos de condiciones de vida urbana popular y rural precario tienen más necesidades de tratamiento en comparación con aquellos que pertenecen a las condiciones de vida urbana media.

Índice de Cuidado (IC)

El modelo de análisis de varianza para el índice de cuidado (dientes obturados/COP), la posición de clase y la edad fueron estadísticamente significativas ($p < 0,001$, $R^2 = 0,17$). En este caso tanto la edad como la posición de clase tuvieron un efecto estadísticamente significativo sobre el IC ($p < 0,001$). Los coeficientes de correlación mostraron que por cada año de edad el IC decrece un 7,6%, lo que significa que con la edad las personas pueden tener o mayor enfermedad activa o mayor cantidad de dientes perdidos. Otra forma de explicar estos resultados podría ser que con la edad la proporción de dientes obturados se reduce en comparación la proporción de dientes

cariados o extraídos. Para comparar las medias entre grupos de posición de clase corrimos una prueba Sheffé, encontramos diferencias estadísticamente significativas entre trabajadores no calificados y empleados ($p < 0,001$), entre desempleados y empleados ($p < 0,005$), y entre trabajadores no calificados y trabajadores independientes ($p < 0,05$).

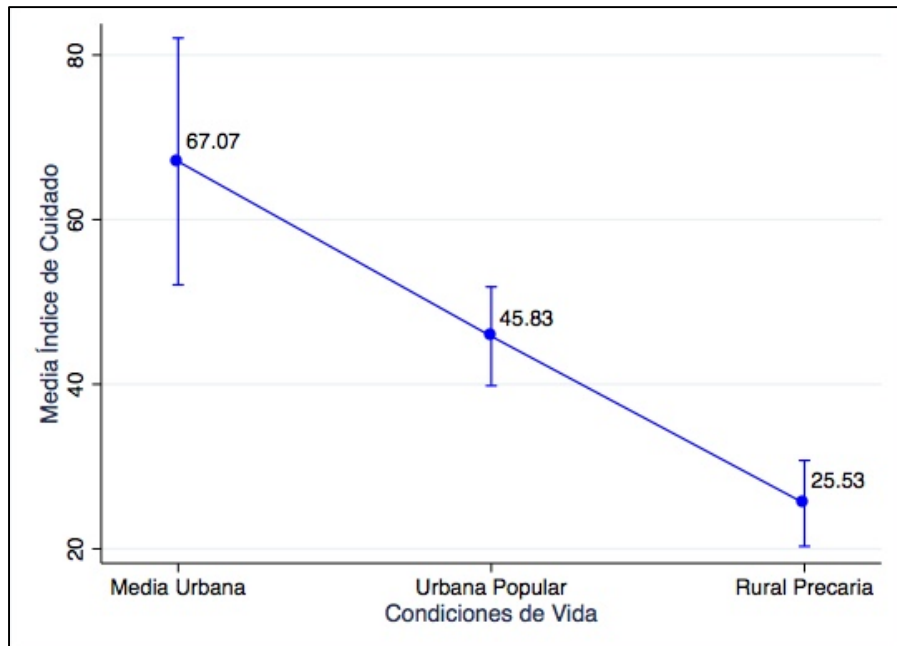
Gráfica 3. Promedio del Índice de Cuidado por Posición de Clase ajustado por edad



Fuente: Elaboración propia

Para condiciones de vida, los modelos de análisis de varianza fueron estadísticamente significativos ($p < 0,001$, $R^2 = 0,17$), y tanto la edad como las condiciones de vida mostraron diferencias estadísticamente significativas entre todos los grupos de condiciones de vida: entre urbano popular y urbana media ($p < 0,05$); entre rural precario y urbana media ($p < 0,001$); entre rural precario vs urbano popular ($p < 0,001$)

Gráfica 4. Promedio del Índice de Cuidado por Condiciones de vida ajustado por edad



Fuente: Elaboración Propia

De acuerdo a estos resultados, las personas clasificadas en las posiciones de clase de empleado y trabajadores independientes tienen mejor índice de cuidado que las personas que pertenecen a los grupos de trabajador no calificado y desempleado. Esto significa que las personas en mejores posiciones de clase tienen más acceso a tratamiento, medido en el porcentaje de dientes obturados en comparación con la caries activa o los dientes perdidos. En términos de las condiciones de vida, las personas con condiciones de vida urbana media tienen un mejor índice de cuidado en comparación con las personas con condiciones de vida urbana popular y rural precaria.

Modos de Vida

Este capítulo se denomina modos de vida, dado que incluye el análisis de la totalidad de los tres componentes de la dimensión particular de la determinación social de la salud bucal propuestos inicialmente. Tal como se mostró en la Figura 3, esos componentes del modo de vida son: condiciones de vida, cuidado-consumo institucional y cuidado-consumo particular, los dos últimos constituyen un ciclo (Abadía-Barrero & Martínez-Parra, 2016). Los dos primeros elementos se analizaron por separado utilizando componentes principales, y para el cuidado-consumo particular se incluyeron las variables originales. La combinación final de los tres elementos de modos de vida y la dimensión singular de la determinación social de la salud, representada en los índices COP, necesidad de tratamiento y cuidado individual se hizo mediante un análisis de ecuaciones estructurales. Y el análisis final que relaciona posición de clase, modos de vida e índices clínicos, es decir, los procesos de determinación social de la salud bucal se hizo mediante análisis de varianza.

Cabe resaltar que el análisis que se presenta en esta sección para el elemento condiciones de vida es totalmente independiente y distinto al análisis presentado en la sección anterior (Clase Social y Modos de Vida), sin embargo, se utilizaron las mismas variables incluidas en el análisis de conglomerados. Este nuevo análisis se hizo para poder incluir este componente en el análisis de ecuaciones estructurales, dado que este tipo de análisis solo permite utilizar variables numéricas. Optamos por un análisis de correlaciones policóricas, que da como resultado unas variables denominadas componentes principales, que son variables numéricas. Para evaluar la calidad del análisis revisamos el porcentaje de explicación de las correlaciones entre las variables incluidas de cada componente, que es siempre el más alto para el primer componente principal. La tabla 9 corresponde a la descripción de los componentes principales resultado de este análisis

Tabla 9. Descripción componentes principales de condiciones de vida

Variable	Componente principal 1 Socioeconómico Explica: 0.34	Componente principal 2 Vivienda Explica: 0.18 Explicación acumulada: 0.52	Componente principal 3 Alimentación Explica: 0.13 Explicación acumulada: 0.65
Explicación del componente	Personas urbanas, de estratos medio-alto, con altos ingresos del hogar, abastecimiento de agua por acueducto continuo	Vivienda propia, casa y/o apartamento, con muchos cuartos para dormir	Personas a las que casi no les falta dinero para comprar alimentos

Zona			
Rural	-0,64	0,27	0,25
Urbana	0,20	-0,08	-0,08
Estrato Socioeconómico			
Bajo-Bajo	-0,46	0,21	-0,01
Bajo	0,14	-0,06	0,00
Medio Bajo	0,58	-0,26	0,02
Medio-Alto	1,03	-0,46	0,03
Ingreso Mensual del Hogar			
<Medio SMLV*	-0,71	-0,13	-0,31
Medio-1 SMLV	-0,23	-0,04	-0,10
>1-<2 SMLV	0,16	0,03	0,07
>2-<3 SMLV	0,48	0,09	0,21
>3-<4 SMLV	0,68	0,12	0,30
>4SMLV	0,95	0,17	0,41
Falta de dinero para comprar alimentos en la última semana			
Casi siempre	-0,28	-0,15	-1,41
Casi nunca	-0,11	-0,06	-0,56
Nunca	0,12	0,06	0,58
Tenencia de la vivienda			
Otra	-0,23	-1,67	0,03
En usufructo	-0,13	-0,95	0,02
Posesión sin título	-0,09	-0,66	0,01
Alquilada	-0,04	-0,31	0,01
Propia pagándola	0,00	0,00	0,00
Propia	0,07	0,50	-0,01
Tipo de Vivienda			
Vivienda Colectiva	-0,48	-1,40	0,58
Rancho Urbano	-0,37	-1,08	0,44
Vivienda improvisada	-0,32	-0,95	0,39
Rancho campesino	-0,26	-0,75	0,31
Apartamento	-0,13	-0,39	0,16
Casa	0,09	0,27	-0,11
Número de cuartos para dormir en el hogar			
1	-0,30	-0,59	0,20
2	-0,01	-0,02	0,01
3	0,22	0,43	-0,15
4	0,42	0,83	-0,28
5	0,59	1,16	-0,40
6	0,72	1,40	-0,48
7	0,82	1,60	-0,55
8	0,95	1,87	-0,64
Tipo de abastecimiento de agua			
Otras	-1,21	0,66	0,58
Rio o quebrada	-0,86	0,47	0,41
Agua Lluvia	-0,67	0,37	0,32
Pozo sin bomba	-0,57	0,31	0,27
Pozo con bomba	-0,50	0,27	0,24
Acueducto intermitente	-0,34	0,18	0,16
Acueducto continuo	0,21	-0,11	-0,10

*SMLV: Salarios mínimos legales vigentes

Fuente: Elaboración propia

Para las condiciones de vida llama la atención que dada la gran cantidad de variables incluidas el porcentaje de explicación de los componente principales es bajo. Sin embargo, es usual que ello suceda en variables sociodemográficas. Asimismo, pareciera que las variables incluidas dieran cuenta de 3 aspectos conceptuales distintos uno que denominamos socioeconómico (componente principal - CP 1), otro de vivienda (CP 2) y uno de alimentación (CP 3). Sin embargo, los tres hacen parte de las condiciones de vida, es decir de la esfera del consumo siguiendo a Breilh (2010a). Para efectos del modelo de ecuaciones estructurales solo fue posible incluir el componente principal 1o socioeconómico. Cuando este CP tiene valores positivos da cuenta de personas que viven en la zona urbana, que pertenecen a estratos socioeconómicos medio-alto, con altos ingresos en el hogar (más de 4 SMLV) y con abastecimiento de agua por acueducto continuo. Sólo incluimos este componente principal dado que por principio los componente principales son variables independientes entre sí, por tanto no tendría ningún sentido poner a prueba las relaciones entre ellas.

El siguiente elemento es el de cuidado-institucional-consumo, referente a las respuestas institucionales en materia de salud oral (Abadía-Barrero & Martínez-Parra, 2016). Dado que la variable régimen es una variable categórica, el análisis del este elemento también se hizo mediante correlaciones policóricas. La siguiente tabla muestra la descripción de los dos componentes principales con sus respectivos valores de explicación de las correlaciones entre las variables.

Tabla 10. Descripción componentes principales de cuidado-institucional-consumo

	Componente principal 1 Explica: 0,60	Componente principal 2 Explica: 0,28 Explicación Acumulada: 0,87
Explicación del componente	Personas no aseguradas que no asistieron a consulta odontológica y que no tuvieron actividades de prevención	El mayor peso del componente lo tiene el aseguramiento, en este caso, personas no aseguradas
Variable		
Régimen		
Contributivo	-0,44	-0,93
Otros Regímenes	-0,14	-0,29
Subsidiado	0,20	0,42
No asegurado	0,82	1,74
Consulta Odontológica		
Si	-0,06	0,02
No	1,41	-0,33
Actividades de Prevención		
Si	-0,61	0,43
No	0,39	-0,27

Fuente: Elaboración propia

En este caso el porcentaje de explicación de las correlaciones del primer componente principal es un valor alto, probablemente explicado por el menor número de variables y que se encuentran más relacionadas. Para el modelo de ecuaciones estructurales sólo incluimos el componente principal 1, en el que consideramos quedan bien representadas las correlaciones entre las tres variables originales. Para facilitar el análisis del componente principal como parte del modelo de ecuaciones estructurales lo multiplicamos por -1, de manera que cuando fuera positivo estuviese hablando de personas aseguradas que asistieron a consulta odontológica y tuvieron acceso a actividades de prevención.

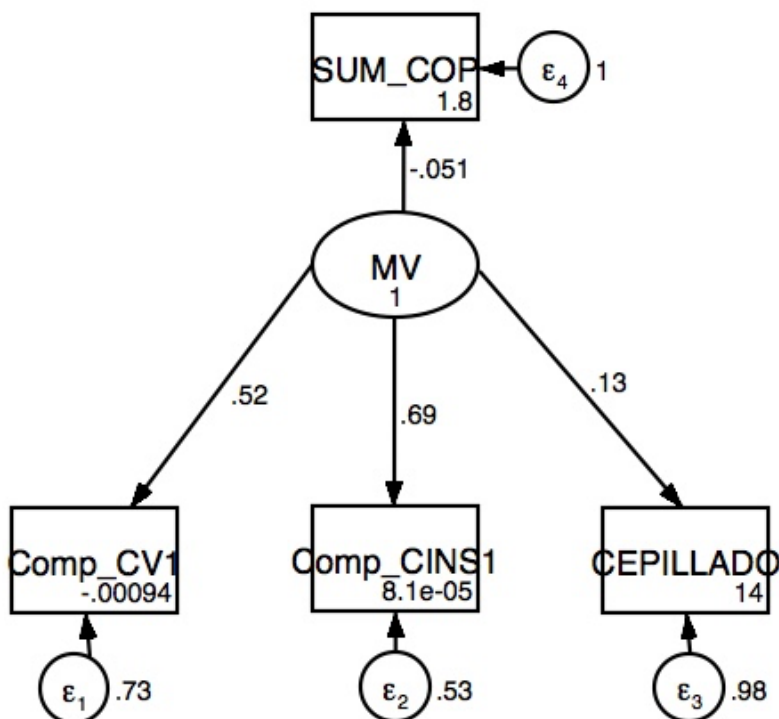
El tercer elemento de los modos de vida, cuidado-institucional-consumo está representado por las variables cepillado, uso de crema dental, cantidad de crema dental, frecuencia de uso de seda dental y uso de seda dental. No todas ellas fueron incluidas al mismo tiempo en el modelo, cuando se incluyó cantidad de crema dental, no se incluyó uso de crema dental, igualmente, cuando se incluyó frecuencia de uso de seda dental, no se incluyó uso de seda dental. Dado que todas son variables dicotómicas u ordinales no necesitan un análisis de correlaciones policóricas, y fueron incluidas en las ecuaciones estructurales en su versión original.

Se hicieron múltiples pruebas corriendo el modelo inicial propuesto en la figura 3, sin embargo muchos de ellos no pudieron ser corridos por el Stata 13.0. A continuación mostramos los modelos finales para la totalidad de la muestra (n=8.040).

COP (Cariados Obturados Perdidos)

Después de probar varias opciones para el índice COP el único modelo que tiene buenos índices de ajuste es el que se presenta en la gráfica 5. El modelo da un RMSEA (Índice de aproximación de la raíz de cuadrados medios del error - root mean squared error of approximation) de 0,043 y un CFI (Índice de ajuste comparativo - comparative fit index) de 0.975, estas pruebas muestran que el modelo se ajusta bien a los datos o a la realidad.

Gráfica 5. Análisis de Factores Confirmatorio¹³ COP



Fuente: Elaboración propia

Los coeficientes de sendero al interior de la gráfica muestran que: por cada incremento de una desviación estándar en modo de vida (MV) se produce un cambio de 0,52 en el componente de condiciones de vida (Cmp_CV1), 0,69 en el de cuidado-institucional-consumo, y 0,13 en el de cuidado-particular-consumo representado por el cepillado, es decir que el cuidado-particular-consumo tiene un menor peso en el factor. En la otra dirección un cambio de una desviación estándar en MV produce un cambio de -0,51 en el índice COP.

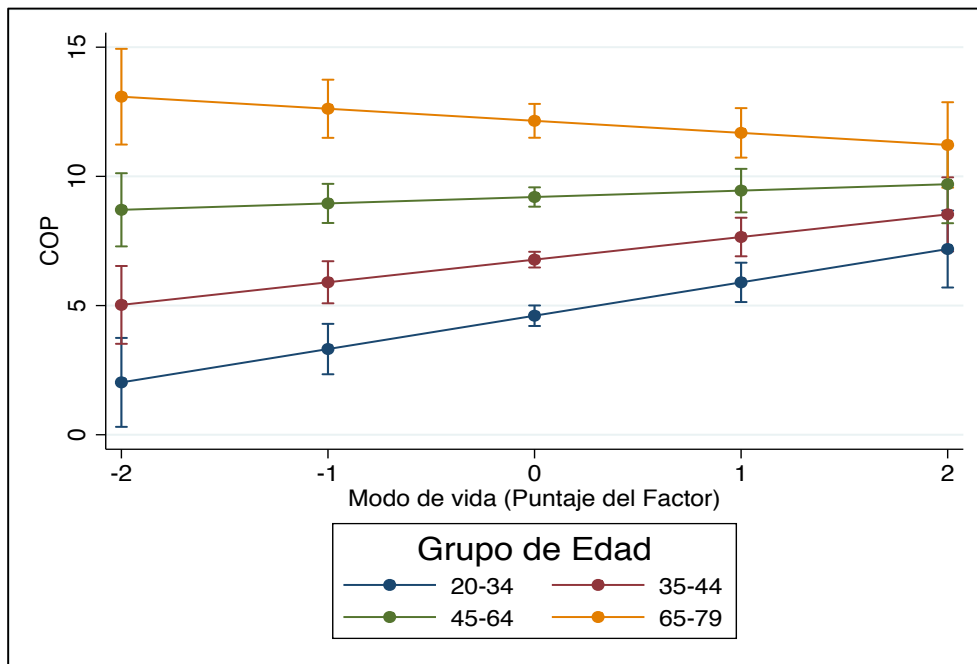
En resumen, los modos de vida se componen de las condiciones de vida, y el cuidado-institucional-consumo con un mayor peso que el cuidado-particular-consumo, representado por el cepillado. Asimismo, es posible decir que un modo de vida positivo se relaciona con la disminución del COP.

Para evaluar la relación de las tres dimensiones de la determinación, el general representado en la clase social, el particular representado por los modos de vida y el

¹³ El análisis de factores confirmatorio no incluye la evaluación de las relaciones entre variables latentes o factores. Por el contrario, el análisis de ecuaciones estructurales siempre incluye la evaluación de las relaciones entre variables latentes (Newton & Bower, 2005). En este caso sólo fue posible el análisis de ecuaciones estructurales para el índice de necesidad de tratamiento

singular por el índice COP, corrimos un análisis de varianza en el que la variable dependiente fue el COP, la posición de clase, edad y el modos de vida (factor resultante del análisis de factores) fueron las variable independientes. El modelo fue estadísticamente significativo ($p < 0,001$, $R^2 = 0,38$), lo cual indica que la posición de clase, el modo de vida y la edad tiene un efecto sobre el COP. Se evaluaron las interacciones entre las variables, y sólo resultó estadísticamente significativa la de edad y modo de vida ($p < 0,2$)¹⁴.

Gráfica 6. Promedio de COP por Edad y Modo de Vida



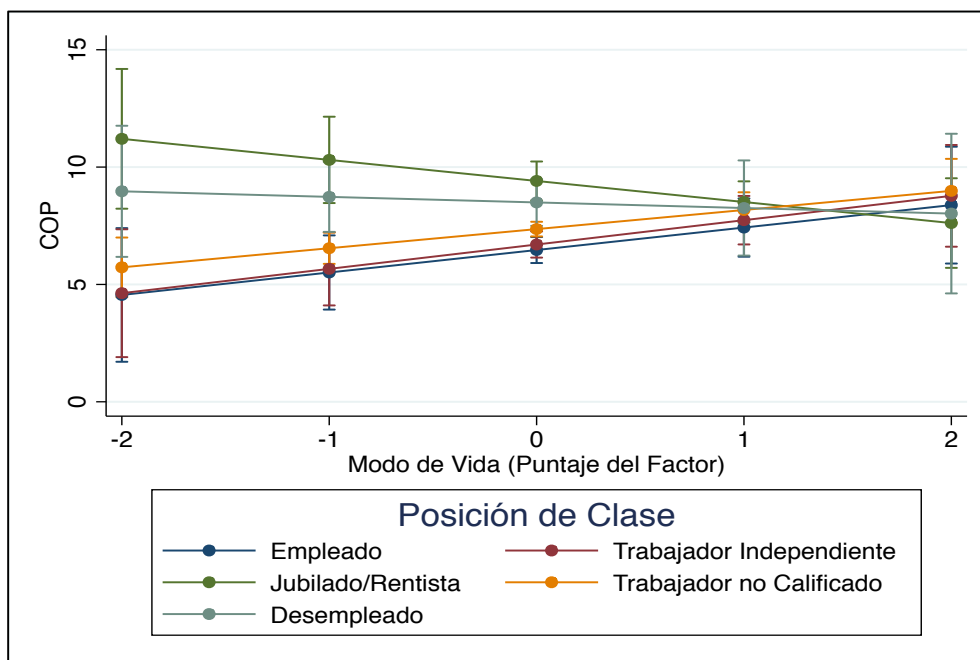
Fuente: Elaboración propia

La gráfica 6 muestra que a medida que el modo de vida se hace mejor, es decir, que tiene condiciones de vida urbanas, de estratos altos, con abastecimiento de agua por acueducto continuo, el hogar tiene ingresos altos; un cuidado-institucional-consumo caracterizado por aseguramiento contributivo o de otros regímenes, haber asistido a consulta odontológica, y haber recibido actividades preventivas; un cuidado-particular-consumo en el que la gente se cepilla; el COP de todas aumenta, lo que es un comportamiento repetitivo hasta los 64 años. Sin embargo, el grupo de edad entre 65 y 79 tiene un comportamiento diferente, a mejor modo de vida, menor es el COP.

¹⁴ En el caso de la evaluación de la significancia estadística de las interacciones, se considera que una $p < 0,2$ es estadísticamente significativa

Si bien la interacción modo de vida y posición de clase no resultó significativa ($p > 0,2$), consideramos importante mostrar la gráfica, ya que permite ver la relación entre las 3 dimensiones de determinación.

Gráfica 7. Promedio de COP por Posición de Clase y Modo de Vida



Fuente: Elaboración Propia

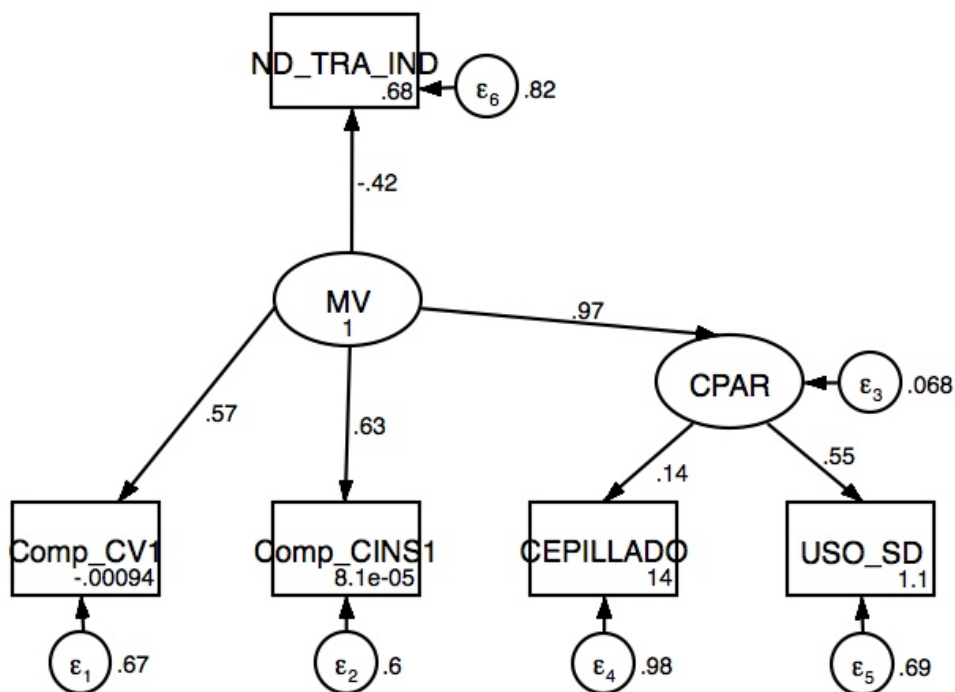
La gráfica muestra entre los empleados, trabajadores independientes y trabajadores no calificados (posiciones de clase activas) a mejor modo de vida, mayor es el COP. En contraste, entre las posiciones de clases que denominamos no activas (jubilado/rentista y desempleado) hay una tendencia a la disminución del COP a mejor modo de Vida. Es probable que este comportamiento se deba a que el COP, como dijimos en el capítulo anterior, tiende a enmascarar las desigualdades sociales.

Índice de Necesidad de Tratamiento (NT)

Varios de los modelos para el índice de NT fueron estadísticamente significativos, sin embargo, decidimos quedarnos con el que presentamos a continuación dado que permitía incluir dos variables dentro del componente de cuidado-particular-consumo, cepillado y uso de seda dental y los índices de evaluación del modelo eran mejores.

Con un RMSEA de 0.011 y un CFI de 0.999 el modelo muestra un muy buen ajuste a los datos. La χ^2 es de 8.18.

Gráfica 8. Ecuación estructural Índice de Necesidad de Tratamiento



Fuente: Elaboración Propia

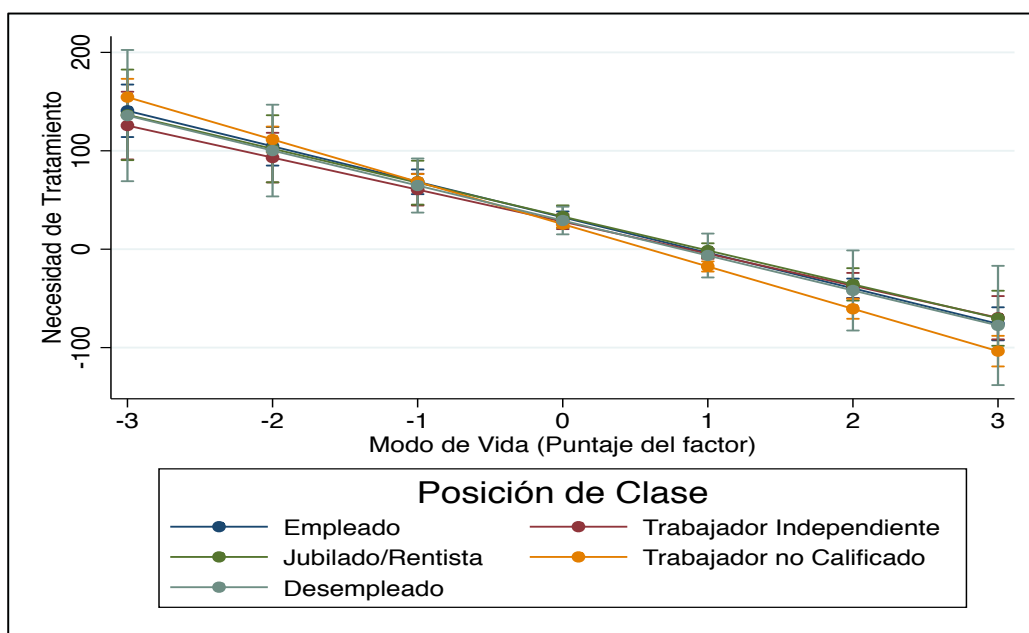
Este modelo se diferencia del de COP porque el cuidado-particular-consumo se compone del cepillado y el uso de seda dental. En el componente cualitativo del ENSAB IV se encontró que el uso del cepillo y la crema dental son casi generalizados, sin embargo, el uso de la seda dental y el enjuague bucal son considerados casi suntuarios (Ministerio de Salud y Protección social, 2014a).

En este caso los coeficientes de sendero están mostrando un peso más importante de elemento de cuidado-particular-consumo (CPAR) en los modos de vida, de manera que por cada incremento de una desviación estándar en MV hay un cambio de 0,97 en el cuidado-particular-consumo, para condiciones de vida (Comp_CV1) el incremento es de 0,57 y para cuidado-institucional-consumo es de 0.63, y un incremento de una

desviación estándar en los modos de vida (MV) causan una reducción de 0,42 en el índice de necesidad de tratamiento.

Una vez más en aras de relacionar los 3 niveles de determinación corrimos un análisis de varianza tomando el índice de NT como dependiente y el factor modo de vida resultante de este modelo (MV), la posición de clase y la edad como variables independientes con sus respectivas interacciones. El modelo resultó estadísticamente significativo ($p < 0,001$, $R^2 = 0,33$), indicando que las tres variables (posición de clase, modo de vida y edad) están relacionadas con el índice de necesidad de tratamiento. Ninguna de las interacciones en el modelo fue estadísticamente significativa. Al hacer un análisis de los efectos principales se encontró que tan solo el modo de vida ($p < 0,001$) tiene un efecto significativo sobre el índice de NT.

Gráfica 9. Promedio de Índice de Necesidad de Tratamiento por Posición de Clase y Modo de Vida



Fuente: Elaboración Propia

La gráfica 9 muestra la relación de modos de vida y posición de clase y el índice, aún cuando su interacción no fue estadísticamente significativa ($p > 0,2$). Se puede ver cómo un mejor modo de vida (condiciones de vida urbanas, de estratos altos, con abastecimiento de agua por acueducto continuo, altos ingresos en el hogar; un cuidado-institucional-consumo caracterizado por aseguramiento contributivo o de otros regímenes, haber asistido a consulta odontológica, y haber recibido actividades preventivas y; un cuidado-particular-consumo caracterizado por el cepillado y el uso de

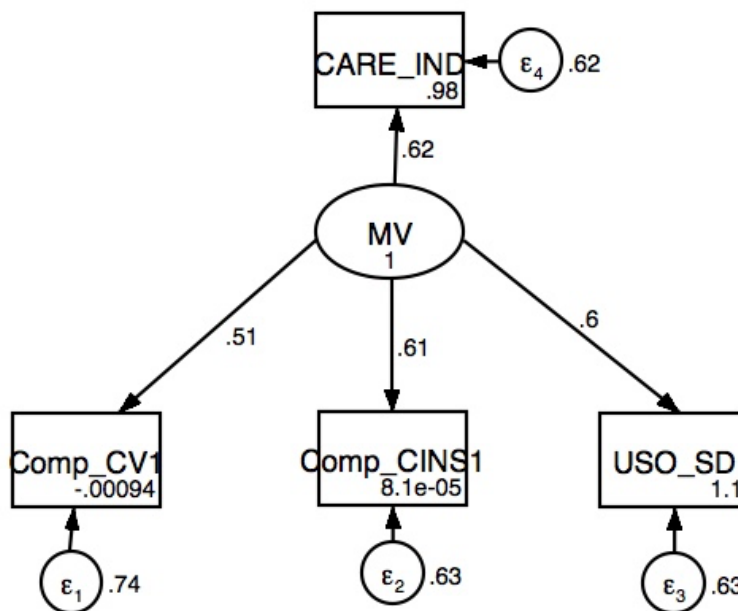
seda dental) hace que la necesidad de tratamiento sea mucho menor, panorama similar para todas las posiciones de clase. Vale la pena resaltar que para los trabajadores no calificados esta reducción en el índice es mayor que para las otras posiciones de clase.

Una vez más los resultados muestran que el índice de necesidad de tratamiento es un indicador mucho mejor para mostrar desigualdades sociales en salud bucal, en este caso signadas por el modo de vida.

Índice de Cuidado (IC)

El modelo para el índice de cuidado, tiene la particular de incluir como parte del cuidado-particular-consumo únicamente la variable uso de seda dental. Los índices de ajuste del modelo RMSEA de 0,071 y CFI de 0.982 indican que el modelo se ajusta bien a los datos o a la realidad. El χ^2 es de 74,72, tal como se ha indicado repetidamente dado el tamaño de muestra se espera que esta prueba de hipótesis sea muy alta.

Gráfica 10. Análisis de factores confirmatorio Índice de Cuidado Individual



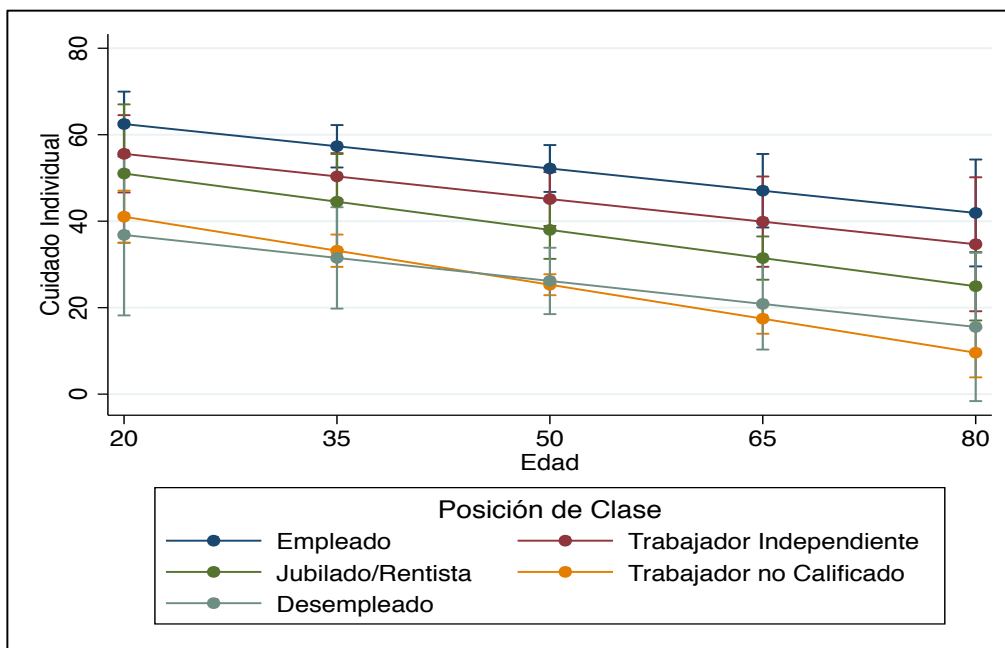
Fuente: Elaboración Propia

Los coeficientes de sendero muestran que los tres componentes de los modos de vida participan de una forma más o menos similar en el factor. Así, un cambio de una

desviación estándar en el factor modo de vida provoca un cambio de 0,51 en las condiciones de vida (Comp_CV1), uno de 0,61 en el de cuidado-institucional-consumo (Comp_CINS1) y uno de 0,60 en el de cuidado-particular-consumo, representado por el uso de seda dental. A su vez el factor Modo de Vida tiene un efecto positivo sobre el índice de cuidado individual, de manera que un cambio de una desviación estándar en el factor, provoca un cambio de 0,62 sobre el índice.

Para revisar la relación entre modos de vida y clase social, se corrieron análisis de varianza que incluyeron el índice de cuidado como variable dependiente, el factor generado a partir del modelo de ecuaciones estructurales que denominamos modo de vida, la edad y la posición de clase como variables independientes con sus interacciones. El modelo fue estadísticamente significativo ($p < 0,001$, $R^2 = 0,65$). El análisis mostró que fueron estadísticamente significativas las interacciones entre posición de clase y edad ($p < 0,05$) y edad y modos de vida ($p < 0,2$).

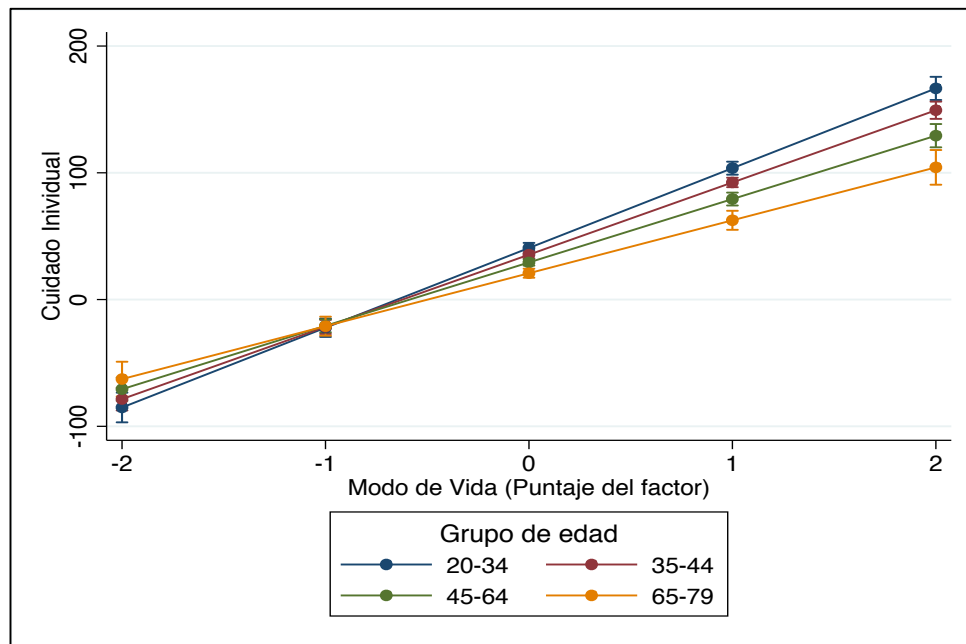
Gráfica 11. Promedio de CI por Posición de Clase y Edad



Fuente: Elaboración Propia

En la gráfica 11 se observa cómo para todas las posiciones de clases, el índice de cuidado disminuye con la edad, la interacción está dada por el comportamiento de los trabajadores no calificados, en ellos la disminución del índice de cuidado es más vertiginosa que para las demás clases. Tal como hemos indicado antes, es de resaltar el papel de la edad en la presencia, severidad y posibilidades de atención de la patología bucal, de manera que a mayor edad menor índice de cuidado individual.

Gráfica 12. Promedio del Índice de Cuidado Individual por Edad y Modo de Vida

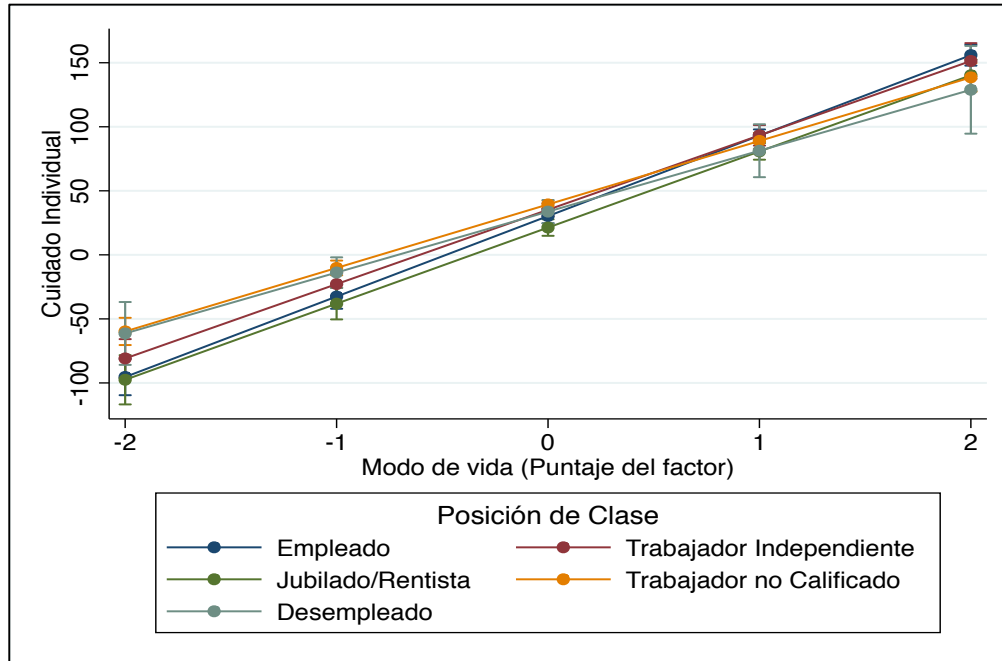


Fuente: Elaboración Propia

La interacción edad y modo de vida (gráfica 12) muestra como el modo de vida tiene mayor influencia sobre lo más jóvenes, de manera que a mejor modo de vida se da una reducción sustancial del índice de cuidado. En los mayores también hay una influencia positiva del modo de vida sobre el indicador, pero es menor.

Si bien la interacción modo de vida y posición de clase no resultó estadísticamente significativa, consideramos importante incluir aquí la gráfica que muestra la relación entre estas variables.

Gráfica 13. Promedio de Índice de Cuidado Individual por Posición de Clase y Modo de Vida



Fuente: Elaboración Propia

La gráfica 13 muestra como el comportamiento de todas las clases es relativamente similar, a medida que mejora el modo de vida el índice de cuidado aumenta también, lo que indica que a mejor modo de vida, mejores serán las posibilidades de cuidado. Cuando el modo de vida es negativo los trabajadores no calificados y los desempleados parecieran mostrar un mejor indicador, sin embargo, cuando el modo de vida es mejor son los empleados y los trabajadores independientes quienes tienen mejor cuidado.

Discusión

En resumen, esta tesis demuestra que la clase social determina unos modos de vida particulares para cada una de las posiciones de clase establecidas y que estos a su vez determinan las posibilidades de acceso a tratamiento para la caries dental. A lo largo del capítulo de resultados se muestra que las personas que pertenecen a las clases más explotadas, tienen modos de vida más precarios (es decir, que muchas de ellas viven en zonas rurales, pertenecen a estratos socio-económicos más bajos, no cuentan con servicio de agua constante, tienen bajos ingresos mensuales, con frecuencia les falta dinero para comprar alimentos, no cuentan con vivienda propia, ésta no está en buenas condiciones y cuentan con pocos cuartos para dormir; no cuentan con ningún tipo de aseguramiento, poco han asistido a consulta odontológica o actividades de prevención; y no tienen acceso a seda dental, o cepillado) y por tanto tiene mayores necesidades de tratamiento y menor cuidado con sus dientes.

Para el caso específico del COP es interesante como el indicador enmascara de alguna manera las desigualdades entre clases, en la medida que promedia caries activa, con dientes tratados y perdidos, impide ver el impacto diferencial de la relación entre clase social y acceso a los servicios de salud. Los índices de Necesidad de Tratamiento y Cuidado Individual parecen ser más prometedores para dar cuenta de estas relaciones (Agudelo Suárez & Martínez Herrera, 2009). Los resultados, de hecho, muestran que las personas que pertenecen a posiciones de clase con mayores niveles de explotación laboral o son excluidos incluso de las formas más precarias de trabajo (desempleados) muestran mayores niveles de enfermedad activa y menos acceso a tratamiento. Otros estudios reportan esta relación para grupos étnicos o etarios específicos (Franco & Ochoa, 2012; Morón & Córdova, 2008).

El ejercicio iterativo análisis teórico-análisis metodológico que se hizo para esta tesis significó un reto en muchos sentidos. Uno de ellos fueron las limitaciones impuestas por los datos cuantitativos y secundarios a la hora de aterrizar el marco conceptual de la determinación social de la salud. Sin embargo, permitió no perder de vista en ningún momento la base histórico social para entender los procesos salud-enfermedad-atención bucal.

La operacionalización de la clase social para el análisis estadístico implica muchos retos técnicos y conceptuales. Es muy importante tener en cuenta los patrones de condiciones históricas de acumulación de capital, la transformación de las dinámicas laborales, y las particularidades de cada país. El aumento de las tasas de trabajo informal en América Latina como resultado del neoliberalismo se acompañan de una variedad de relaciones laborales en las que la falta de contratos formales, subempleo y autoempleo son difíciles de medir en las estadísticas nacionales. Algunos autores reconocen que el reto en las clasificaciones contemporáneas de clase social reside en

la dificultad de medir la informalidad y el trabajo flexible (Portes & Hoffman, 2003; Fresneda, 2014)). Nosotros experimentamos el mismo reto para clasificar la población en diferentes grupos de clase social que nos permitieran hacer un análisis estadístico robusto mientras manteníamos el marco teórico de clase social.

Portes y Hoffman (2003) propusieron corregir la sobreestimación del empleo formal considerando las contribuciones a la seguridad social. Para el contexto colombiano, no pudimos aplicar esta propuesta debido a que las amplias reformas neoliberales a la seguridad social obligaron a los trabajadores formales e informales a contribuir al mercado de fondos de pensiones, seguros de salud y seguros relacionados con el trabajo (riesgos profesionales).

El Observatorio Nacional de Salud de Colombia siguió la propuesta de estructura de clases de Fresneda (2014) para evaluar la relación entre clase social e inequidades en salud (Instituto Nacional de Salud & Observatorio Nacional de Salud, 2016). En su análisis, la “pequeña burguesía” representa cerca del 30% de la PEA y corresponde a la clase social más grande del país (Instituto Nacional de Salud & Observatorio Nacional de Salud, 2016). Sin embargo, los autores de este informe han aclarado que la pequeña burguesía es un grupo muy heterogéneo que incluye diferentes tipos de autoempleo y otras relaciones laborales informales. Adicionalmente, nosotros consideramos que dadas las limitaciones de la encuesta nacional que usaron, ellos terminaron incluyendo como parte de la pequeña burguesía grupos muy distintos en términos de propiedad de los medios de producción y tamaños de negocios muy relativos. Debido al marco conceptual del ENSAB IV, nosotros pudimos incluir la variable relacionada con la posesión de los medios de producción. Adicionalmente, tomando como base la propuesta del análisis integrado de clase de Wright (2015c) y las herramientas estadísticas adicionamos a la propuesta original del profesor Breilh (1989) las variables ingresos y nivel educativo del principal responsable, lo que nos permitió aumentar los niveles de especificidad entre la cinco posiciones de clase.

Es de resaltar que el ENSAB IV no reportó ningún dato que pudiera representar las posiciones de clase del sector capitalista, lo que en parte refleja la dificultad de incluirlos en las muestras de las encuestas y en parte el hecho que ellos representan un sector minoritario de la población, tal como ha sido mostrado en otros estudios (Fresneda, 2014; Portes & Hoffman, 2003). Así, todas nuestras posiciones de clase reflejan una gama de clases subalternas que son más o menos explotadas y tienen mejores o peores posiciones dentro de la estructura de clases de la sociedad colombiana. Encontrar una relación entre clase social y salud oral, sin embargo, no fue solo un tema de usar categorías de posiciones de clase y modos de vida adecuados. En muchas sesiones analíticas, intentamos entender cómo influencia la clase social en Colombia la progresión de la enfermedad oral y las posibilidades de acceso a

tratamiento considerando la dificultad adicional relacionada con el aumento de la experiencia de caries con la edad.

En relación con los modos de vida, el avance analítico-metodológico de esta tesis estuvo dado por la integración de los 3 elementos propuestos (condiciones de vida y el ciclo cuidado-institucional-consumo/cuidado-particular-consumo) que resultaron apropiados para dar cuenta de los modos de vida en relación con la salud bucal. Llama la atención en los análisis cómo el peso de los modos de vida es mucho mayor que la posición de clase a la hora de explicar las desigualdades en salud bucal, probablemente ello se debe a la mayor cercanía y especificidad de las variables utilizadas, sin embargo, queda claro que aquellas posiciones de clase más explotadas tienen peores modos de vida, sin embargo, no siempre hay una relación directamente proporcional con el cuidado y la necesidad de tratamiento. Tal como se había encontrado en el componente cualitativo del ENSAB IV los modos de vida están en constante transición (Ministerio de Salud y Protección social, 2014a) en relación con la variabilidad en las relaciones laborales de las personas y la capacidad económica para el consumo de alimentos, elementos de higiene, e incluso condiciones de la vivienda, ello se explica por la flexibilización del trabajo y la imperante informalidad laboral del país.

Mientras las condiciones de vida no son un indicador directo de la estructura de clase, sabemos que las transformaciones en el trabajo en Colombia durante los últimos 50 años han dado como resultado la pauperización de las áreas rurales y el crecimiento de las desigualdades urbanas. También sabemos que las desigualdades históricas en el acceso a tratamiento se deben a la falta de redes de servicios de salud en áreas rurales y urbanas pobres relacionadas con las reformas neoliberales en salud (Franco Agudelo, 2003; Hernández, 2002). Por consiguiente, nuestros resultados pueden indicar que las desigualdades en salud oral por posición de clase y modos de vida son el resultado no solo de la precarización del trabajo durante el neoliberalismo, sino de la privatización de la infraestructura de servicios de salud del país y del carácter liberal de la profesión odontológica que la ha marcado desde sus inicios.

Consideramos un acierto el uso de los indicadores de necesidad de tratamiento y cuidado individual, pues permiten evidenciar de mejor manera las desigualdades sociales en salud bucal, en comparación con el COP. Los resultados de esta tesis nos permiten decir que las desigualdades sociales relacionadas con la caries dental se dan en la incidencia de la enfermedad sino en el acceso al tratamiento para la misma. Lo que evidencia la importancia de los servicios de salud oral, sin embargo, es de destacar que en ningún sistema de salud en el mundo están incluidas la totalidad de acciones de prevención, tratamiento y rehabilitación oral (Sintonen & Linnosmaa, 2000), pues se considera que son muy costosas (P. Petersen, 2004). En el sistema de salud colombiano la prestación de los servicios de salud bucal está limitada a los servicios

incluidos en el Plan Obligatorio de Salud e incluye: en prevención, aplicación de sellantes, flúor, control de placa y detartraje supragingival; en restauración, obturaciones dentales, tratamiento periodontal de fase higiénica, endodoncias simples, exodoncias, procedimientos quirúrgico, básicamente relacionados con cánceres. El acceso a tratamientos de periodoncia, ortodoncia, implantología, dispositivos protésicos (a excepción de las prótesis mucosoportadas para los adultos mayores), y estéticos se encuentran excluidos del plan obligatorio de salud.

Resaltamos que esta tesis no constituye un análisis de estratificación social en relación con la salud oral, sino que se inscribe dentro de lo que Muntaner y colaboradores (2012) denominan enfoques relacionales para el análisis de desigualdades en salud. En ningún momento fue nuestro interés mostrar gradientes de desigualdad entre posiciones de clase, por el contrario nos interesó más mostrar como las relaciones de dominación/explotación entre clases marcan diferencias en la riqueza socialmente acumulada entre los grupos poblaciones y las posibilidades de acceso y consumo de mejores condiciones de vida, alimentación y elementos de higiene bucal.

Finalmente, queremos mencionar que la segmentación de los procesos de determinación social de la salud en distintas dimensiones corresponde más a abstracciones teórico metodológicas que a la realidad, los límites entre estas dimensiones son generalmente difusos y las relaciones entre ellos complejas. Por ejemplo, el componente de cuidado-particular-consumo de los modos de vida, bien podría ubicarse en la dimensión individual por ser cercana a los estilos de vida, sin embargo, aquí la consideramos como parte de la dimensión particular, es decir, de los modos de vida, por considerar que el consumo necesariamente está relacionado con las condiciones materiales de existencia de las que disponen los grupos sociales y, la disponibilidad de los productos, bienes y servicios en contextos específicos.

Conclusiones

La operacionalización del marco de la determinación social de la salud no es simplemente una discusión técnica. Este trabajo ha necesitado un análisis iterativo entre teoría y técnica estadística para todos los niveles de análisis. Si bien la idea de esta tesis nace centrada en el análisis de los modos de vida, en aras de avanzar en una propuesta analítico-metodológica fue necesaria una revisión más grande que abarcara en la dimensión general la clase social como categoría que estructura el orden social, material, ideológico y simbólico, es decir, el modo de vida. Y de los índices clínicos que reflejaran de mejor manera las desigualdades en salud bucal.

Los investigadores que trabajan con marcos conceptuales críticos necesitan combinar un análisis de clase social robusto que considere cómo los patrones de acumulación de capital transforman las relaciones laborales en el mundo entero, con esfuerzos para operacionalizar el concepto de clase social (como posición de clase) y, hacer una lectura cuidadosa de las condiciones de salud que se pretenden estudiar.

Tampoco es una discusión técnica la operacionalización de los modos de vida, sin embargo, pensar en nuevos tipos de variables que permitan dar cuenta de una manera más adecuada de cómo se constituyen/configuran estas formas específicas de vivir dada la pertenencia de clase es una tarea pendiente.

Es muy importante resaltar que nuestro análisis de clase social en Colombia no incluye las clases altas y otros sectores capitalistas. Más allá de ser un error para un análisis de clase apropiado, pensamos que este es el resultado de la reconfiguración global del trabajo en las nuevas economías financiarizadas con una élite capitalista en el norte global y las clases subalternas en el sur global. De ahí que nuestro análisis resalta las diferencias entre grupos subalternos más que la clásica distinción entre clases dominantes y explotadas. A pesar de la precarización del trabajo, una propuesta de clasificación de clase social y una adecuada lectura de las condiciones de salud específicas pueden develar desigualdades de salud importantes

Podemos decir que el modelo inicial, que recoge la propuesta del ciclo cuidado particular-consumo/cuidado institucional-consumo (César Ernesto Abadía-Barrero & Martínez-Parra, 2016) y le adiciona las condiciones de vida (Breilh, 2003; Samaja, 2004) funciona para explicar cómo las clases sociales comparten un modo de vida específico.

Las relaciones de dominación-explotación sobre las que se configuran las relaciones de clase en las sociedades capitalistas van a su vez configurando modos de vida distintos para cada clase social, y estos a su vez restringen o amplían las posibilidades de acceso de cada clase social al cuidado o el tratamiento de enfermedades como la caries dental.

Finalmente, podemos decir que para la caries dental en particular la clase y los modos de vida no marcan desigualdades en la distribución de la enfermedad como tal, sino en las posibilidades de cuidado y tratamiento.

Bibliografía

- Abadía-Barrero, C. E. (2013). Causas y efectos de las desigualdades sociales en salud oral *Estudio y análisis de la equidad en salud. Una visión en salud oral* (pp. 148): Ilustre Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de la 1ª Región.
- Abadía-Barrero, C. E., & Martínez-Parra, A. G. (2016). Care and consumption: A Latin American social medicine's conceptual framework to comprehend oral health inequalities. *Global Public Health*, 1-14. doi: 10.1080/17441692.2016.1171377
- Abadía-Barrero, C. E., & Oviedo, D. (2009). Bureaucratic Itineraries in Colombia. A theoretical and methodological tool to assess managed-care health care systems. *Social Science and Medicine*, 68(6), 1153-1160.
- Agudelo Suárez, A. A., & Martínez Herrera, E. (2009). La salud bucal colectiva y el contexto colombiano: un análisis crítico. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 8, 91-105.
- Almeida-Filho, N. (2000). *La ciencia tímida. Ensayos de Deconstrucción de la Epidemiología*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Benach, J., Muntaner, C., Solar, O., Santana, V., Quinlan, M., & Employment Conditions Network. (2014). *Employment, Work and Health Inequalities: A Global Perspective* (I. Editorial Ed.): WHO.
- Blair, C., & Taylor, R. (2008). *Bioestadística* (1 ed.). México: Pearson Educación.
- Blanco, J., & Sáenz, O. (1994). *Espacio Urbano y Salud*. México: Universidad de Guadalajara.
- Breen, R. (2015). Fundamentos de un análisis de clases neoweberiano. In E. O. Wright (Ed.), *Modelos de Análisis de Clases* (pp. 55-79). Valencia: Tirant Humanidades.
- Breilh, J. (1989). *Breve recopilación sobre operacionalización de la clase social para encuestas en la investigación social*. Quito.
- Breilh, J. (2003). *Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*. . Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.
- Breilh, J. (2010a). *Epidemiología, economía política y salud. Bases estructurales de la determinación social de la salud* (7 ed.). Quito: Corporación Editora Nacional.
- Breilh, J. (2010b). La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. *Salud colectiva*, 6, 83-101.
- Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31, 13-27.
- Breilh, J., & Tillería, Y. (2009). *Aceleración global y despojo en Ecuador. El retroceso del derecho a la salud en la era neoliberal*. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar.
- Broadbent, J. M., & Thomson, W. M. (2005). For debate: problems with the DMF index pertinent to dental caries data analysis. *Community dentistry and oral epidemiology*, 33(6), 400-409. doi: 10.1111/j.1600-0528.2005.00259.x
- Bronfman, M., & Tuirán, R. A. (1984). La desigualdad social ante la muerte: Clases sociales y mortalidad en la niñez. *Cuadernos Médico Sociales*, 29/30, 53-75.

- Celeste, R. K., & Nadanovsky, P. (2010). How much of the income inequality effect can be explained by public policy? Evidence from oral health in Brazil. . *Health Policy*, 97(2-3), 250-258.
- Centro de Investigaciones para el Desarrollo CID. (2006). Bien-estar y Macroeconomía 2002-2006, Crecimiento insuficiente, inequitativo e insostenible (pp. 125). Bogotá.
- Comisión sobre determinantes sociales de la salud. (2005). Hacia un marco conceptual que permita analizar y actuar sobre los determinantes sociales de la salud (pp. 38): Organización Mundial de la Salud.
- Commission on Social Determinants of Health. (2007). A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Cairo: World Health Organization.
- Couriel, A. (1984). Pobreza y subempleo en América Latina. *Revista de la Cepal*(24), 39-62.
- Creswell, J., & Plano-Clark, V. (2011). *Designing and Conducting Mixed Methods Research*: Sage.
- Cruces, G., & Ham, A. (2010). La flexibilidad laboral en América Latina: las reformas pasadas y las perspectivas futuras *Colección documentos de proyectos* (pp. 132). Santiago de Chile: CEPAL.
- DANE. (2014). *Manual de recolección y conceptos básicos: Gran Encuesta Integrada de Hogares*.
- DANE. (2017a). Medición del empleo informal y seguridad social *Boletín Técnico Gran Encuesta Integrada de Hogares* (pp. 12). Bogotá.
- DANE. (2017b). Principales indicadores del mercado laboral. Febrero de 2017 *Boletín Técnico Gran Encuesta Integrada de Hogares* (pp. 43). Bogotá.
- De la Garza, E. (2000). La flexibilidad del trabajo en América Latina In E. C. De la Garza (Ed.), *Tratado latinoamericano de sociología del trabajo* (1 ed.). México: COLMEX, FLACSO, UAM, Fondo de Cultura Económica.
- Duque Naranjo, C., & Mora Díaz, Í. I. (2012). La representación de la epidemiología de la caries en el mundo a través de mapas / Representation of Dental Caries Epidemiology Worldwide through Maps. *2012*, 31(66).
- Duque Naranjo, C., & Mora Díaz, Í. I. (2012). La representación de la epidemiología de la caries en el mundo a través de mapas. . *Universitas Odontológica*. Vol. 31 (66), 39–48., 31(66), 39-48.
- Edelstein, B. L. (2006). The dental caries pandemic and disparities problem. *BMC Oral Health*, 6 Suppl 1, S2. doi: 10.1186/1472-6831-6-s1-s2
- Everitt, B., Landau, S., Leese, M., & Stahl, D. (2011). *Cluster Analysis*: Willey.
- Franco Agudelo, S. (2003). Para que la salud sea pública: Algunas lecciones de la reforma de salud y seguridad social en Colombia. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 4, 59-69.
- Franco, A. M., & Ochoa, E. (2012). *Caries dental e inequidades sociales: resultados de un estudio exploratorio en escolares de la comuna tres de Medellín*.
- Freiberg Hoffmann, A., Stover, J. B., de la Iglesia, G., & Fernández Liporace, M. (2013). Correlaciones policóricas y tetracóricas en estudios factoriales exploratorios y confirmatorios *Ciencias Psicológicas*, 7(2), 151-164.
- Fresneda, O. (2014). *Clases sociales, modo de desarrollo y desigualdad: lineamientos para su análisis*. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.

- Garay, L. J. (1998). *Colombia: Estructura Industrial e Internacionalización 1967-1996*. Santafé de Bogotá: Departamento Nacional de Planeación y Colciencias.
- García-Canclini, N. (sf). *La sociología de la cultura de Pierre Bourdieu*
- Gluck, G. M., Knox, C. D., Glass, R. L., & Wolfman, M. (1972). Dental health of Puerto Rican migrant workers. *Health Services Reports*, 87(5), 456-460.
- Gonçalves, E., Peres, M., & Marcenes, W. (2002). Cárie dentária e condições sócio-econômicas: um estudo transversal com jovens de 18 anos de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. . *Cad. Saúde Pública*, 16(3), 699-706.
- González, R. (2009). La medicina social ante el reporte de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la salud 4(2), 1-9.
- Grusky, D., & Galescu, G. (2015). Fundamentos de un análisis de clase neodurkhemiano. In E. O. Wright (Ed.), *Modelos de análisis de clase* (pp. 81-119). Valencia: Tirant humanidades
- Heller, A. (1994). *Sociología de la vida cotidiana* (4 ed.). Barcelona: Ediciones Península
- Hernández B., A. H. (2015). *Política sanitaria y cuidado de la salud en los hogares en Colombia: acumulación e inequidad de género*. (Doctora en Salud Pública), Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.
- Hernández, M. (2002). El debate sobre la ley 100 de 1993: antes, durante y después. In S. Franco (Ed.), *La Salud Pública Hoy. Enfoques, y Dilemas Contemporáneos en Salud Pública. Memorias de la Cátedra Manuel Ancizar - I semestre 2002* (pp. 463 - 479). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- IMAS, I. d. M. A.-. (sf). *Análisis de Componentes Principales*. Instituto de Matemáticas Aplicadas - IMAS.
- Instituto Nacional de Salud, & Observatorio Nacional de Salud. (2016). *Clase Social y Salud Octavo Informe Técnico* (pp. 181). Bogotá.
- Iriart, C., Elías, E., & Waitzkin, H. (2001). Managed care in Latin America: The new common sense in health policy reform. *Social Science and Medicine*, 52, 1243.1253.
- Jamieson, L. (2007). Social Inequalities May Lead to Higher Caries Experience Among Indigenous Children in the Northern Territory of Australia. *J Evid Base Dent Pract*, 7(3), 136-137.
- Johnson, D. E. (2000). *Métodos multivariados aplicados al análisis de datos*. México: International Thomson Editores.
- Klein, H., Palmer, C. E., & Knutson, J. W. (1938). Studies on Dental Caries: I. Dental Status and Dental Needs of Elementary School Children. *Public Health Reports (1896-1970)*, 53(19), 751-765. doi: 10.2307/4582532
- Klein, N. (2007). *The Shock Doctrine. The Rise of Disaster Capitalism*. New York: Metropolitan Books.
- Laurell, A. C. (1982). La salud-enfermedad como proceso social. *Cuadernos Médico Sociales*, 19, 1-11.
- Lenin, V. I. i. (1919). *The great initiative, including the story of "Communist Saturdays"*. Glasgow: Socialist Labour Press.
- López, O. (2013). Determinación social de la salud. Desafíos y agendas posibles. . *Divulgação em Saúde para Debate*(49), 144-150.

- Martínez, A. G. (2009). *¿Calidad de la Atención o Atención con Calidad? Profesionales de la salud y condiciones de trabajo en el sistema general de seguridad social en salud (SGSSS)*. (Magister en Salud Pública), Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.
- Marx, K. (1976). *Elementos fundamentales para la crítica de la economía política (borrador) 1857-1858*: Editorial Siglo XXI.
- Medina-Gómez, O. S. (2015). Derecho a la Salud y Clases Sociales. In O. López-Arellano & S. López-Moreno (Eds.), *Derecho a la Salud en México* (pp. 153-174). México, Distrito Federal: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Medina-Solís, C. E., Maupomé, G., Pelcastre-Villafuerte, B., Avila-Burgos, L., Vallejos-Sánchez, A. A., & Casanova-Rosado, A. J. (2006). Desigualdades socioeconómicas en salud bucal: caries dental en niños de seis a 12 años de edad. *Revista de Investigación clínica*, 58(4), 296-304.
- Menéndez, E. (2005). *El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores*. Lanús: Lugar Editorial.
- Ministerio de Salud y Protección social. (2014a). IV Estudio Nacional de Salud Bucal - ENSAB IV: Metodología y Determinación Social de la Salud Bucal (Vol. I, pp. 195). Bogotá: Ministerio de Salud y Protección social.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2014b). IV Estudio Nacional de Salud Bucal - ENSAB IV: Situación en Salud Bucal (Vol. II, pp. 381). Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.
- Molina Marín, G., Muñoz, I. F., & Ramírez, A. (2009). *Dilemas en las decisiones en la atención en salud. Ética, derechos y deberes constitucionales frente a la rentabilidad financiera*. Bogotá.
- Morón, A., & Córdova, M. (2008). Perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas. Primer reporte nacional. *Ciencia Odontológica*, 5(Suplemento), 1-126.
- Mulaik, S. A. (2009). *Linear Causal Modeling with Structural Equations*: Taylos & Francis Group.
- Muntaner, C., Ng, E., Chung, H., & Prins, S. J. (2015). Two decades of Neo-Marxist class analysis and health inequalities: A critical reconstruction. *Social Theory & Health*, 13(3-4), 267-287. doi: 10.1057/sth.2015.17
- Muntaner, C., Rocha, K. B., Borrell, C., Vallebuona, C., Ibáñez, C., Benach, J., & Sollar, O. (2012). Clase social y salud en América Latina. *Social class and health in Latin America.*, 31(2), 166-175.
- Newton, J. T., & Bower, E. J. (2005). The social determinants of oral health: new approaches to conceptualizing and researching complex causal networks. *Community Dent Oral Epidemiol*, 33(1), 25-34. doi: 10.1111/j.1600-0528.2004.00190.x
- Pattussi, M., Marcenes, W., Croucher, R., & Sheiham, A. (2001). Social deprivation, income inequality, social cohesion and dental caries in Brazilian school children. *Social Science & Medicine*, 53(7), 915–925. doi: 10.1016/S0277-9536(00)00391-9
- Perez, D., & Machado, G. (2008). *Notas sobre producción y reproducción social*. MIP.
- Petersen, P. (2003). *The world oral health report 2003*. Geneva: WHO.

- Petersen, P. (2004). Challenges to improvement of oral health in the 21st century--the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *International Dental Journal*, 54, 329-343.
- Petersen, P. E., Bourgeois, D., Ogawa, H., Estupinan-Day, S., & Ndiaye, C. (2005). The global burden of oral diseases and risks to oral health. *Bulletin of the World Health Organization*, 83, 661-669.
- Portes, A., & Hoffman, K. (2003). Las estructuras de clase en América Latina: composición y cambios durante la época neoliberal. In 68 (Ed.), *Políticas sociales* (pp. 51). Santiago de Chile: CEPAL.
- PREALC. (1991). Empleo y Equidad: El desafío de los 90. Santiago: OIT, Programa Mundial del Empleo.
- Restrepo, D. (Ed.). (2003). *La falacia neoliberal: crítica y alternativas*. Colombia: Universidad Nacional de Colombia.
- Samaja, J. (2004). *Epistemología de la salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- SAS Institute Inc. (2009). *JMP9 User Guide* (2 ed.). Cary: NC: SAS Institute Inc.
- Singh, A., Rouxel, P., Watt, R. G., & Tsakos, G. (2013). Social inequalities in clustering of oral health related behaviors in a national sample of British adults. *Preventive Medicine*, 57(2), 102-106. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ypmed.2013.04.018>
- Sintonen, H., & Linnosmaa, I. (2000). Chapter 24 Economics of dental services. In A. Culyer & J. Newhouse (Eds.), *Handbook of Health Economics* (Vol. 1, pp. 1251-1296): Elsevier.
- StataCorp. (2013). *Stata 13 Base Reference Manual*. College Station: TX: Stata Press.
- Uribe, J. I., & Ortiz, C. H. (2006). *Informalidad Laboral en Colombia 1988-2000. Evolución, Teorías y Modelos*. Cali: Programa Editorial Universidad del Valle.
- Walsh, J. (1970). International patterns of oral health care--the example of New Zealand. *N Z Dent J*, 66(304), 143-152.
- Weininger, E. (2015). Fundamentos del análisis de clases de Pierre Bourdieu. In E. O. Wright (Ed.), *Modelos de análisis de clases* (pp. 121-165). Valencia: Tirant Humanidades.
- Whitehead, M. (2000). The concepts and principles of equity and health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- William, I. R. (1996). Globalisation: nine theses on our epoch. *Race & Class*, 38(2), 13-31. doi: doi:10.1177/030639689603800202
- World Health Organization. (2013). *Oral health surveys: basic methods* (5th Ed.). Geneva.
- Wright, E. O. (1985). *Clases*. London: Verso.
- Wright, E. O. (1998). *The debate on Classes* (357 ed.). London: Verso.
- Wright, E. O. (2000). *Class Counts: Student Edition*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Wright, E. O. (2015a). Fundamentos de un análisis de clases neomarxista. In E. O. Wright (Ed.), *Modelos de análisis de clases* (pp. 19-53). Valencia: Tirant Humanidades.
- Wright, E. O. (2015b). *Modelos de análisis de clases*. Valencia: Tirant Humanidades.
- Wright, E. O. (2015c). *Understanding Class*. London: Verso.
- Wright, E. O. (2016). La clase importa. Sinpermiso. <http://www.sinpermiso.info/Presentaci%C3%B3n>