Descargado el: 7-11-2026 ISSN 1727-897X

ARTÍCULO ESPECIAL

Determinantes sociales del estado de salud oral en el contexto actual

Social Determinants of Oral Health Status at Present

Judit Martínez Abreu[1] José Luis Capote Femenias[1] Gismersy Bermúdez Ferrer[1] Yudith Martínez García[1]

[1] Universidad de Ciencias Médicas, Matanzas, Matanzas, Cuba, CP: 40100

Cómo citar este artículo:
Martínez-Abreu J, Capote-Femenias J, Bermúdez-Ferrer G, Martínez-García Y. Determinantes sociales del estado de salud oral en el contexto actual. **Medisur** [revista en Internet]. 2014 [citado 2026 Nov 7]; 12(4):[aprox. 7 p.]. Disponible en: https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2612

Resumen

Las determinantes del estado de salud oral deben estar en estrecha relación con los cambios dinámicos de una sociedad. Este trabajo pretende reflexionar sobre cómo las trasformaciones en la sociedad cubana actual pudieran condicionar la aparición de cambios conceptuales en el análisis de la situación de salud. Se aborda la necesidad de crear modelos y metodologías más novedosas aplicadas al contexto cubano. Las tendencias referidas a determinantes sociales permitirán trazar correctas estrategias de intervención en salud bucodental en nuestro contexto. Los futuros estudios epidemiológicos deberán dedicar especial atención a aspectos sociales como el ingreso percápita en la familia, la dinámica familiar, la igualdad de género, el respeto a la diversidad, el empleo, las condiciones de trabajo, las redes de apoyo social y la seguridad alimentaria o dieta adecuada.

Palabras clave: determinantes sociales de salud, estado de salud, salud bucal

Abstract

The determinants of oral health must be closely related to the dynamic changes in society. This paper aims at reflecting on how the transformations in Cuban society might lead to conceptual changes in the analysis of the health situation. The need for more innovative models and methodologies applied to the Cuban context are discussed. The trends regarding social determinants will allow developing proper oral health intervention strategies in our context. Future epidemiological studies should pay special attention to social issues such as household income, family dynamics, gender equality, respect for diversity, employment, working conditions, social support networks and food security or proper diet.

Key words: health status, oral health, social determinants of health

Aprobado: 2014-06-13 10:42:41

Correspondencia: Judit Martínez Abreu. Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas jmabreu.mtz@infomed.sld.cu

INTRODUCCIÓN

La salud, desde el punto de vista singular y general, constituye un medio para la realización personal y colectiva, por ello, en la medida en que la sociedad tiene más desarrollo y es capaz de aportar más bienes y disfrutar de ellos con mayor homogeneidad, se dice que la situación de salud mejora. La situación de salud representa el conjunto de problemas de salud de grupos de población y formaciones sociales, y expresa sus formas de vida cotidiana, en sus dimensiones: general (el modo de vida), particular (condiciones de vida) y singular (el estilo de vida).

Las determinantes y condicionantes del estado de salud, son categorías multicausales, multisectoriales e interdisciplinarias, que abarcan una serie de situaciones afines al proceso histórico y político que vive un país. Los fenómenos de salud son considerados desde una perspectiva poblacional, y resultan de alta complejidad, porque ellos interactúan de manera simultánea, variables correspondientes a distintos órdenes, desde los procesos biológicos hasta las complejas estructuras histórico-culturales y las relaciones sociales.[1,2]

Por primera vez, en la década de los 70, se comenzó a conceptualizar este tema cuando se hizo público un estudio de la situación de salud en Canadá, valorando que la principal deficiencia se encontraba en la prevención, con lo cual inició una nueva fase en la evolución de la salud pública. Este informe recoge el concepto campo de salud, subdividiendo la salud en cuatro determinantes generales para su análisis: biología humana, medio ambiente, estilo de vida y organización de los servicios de salud.[1,2]

Son diversos los modelos propuestos por diferentes países que se ajustan a necesidades sociales e intereses muy diferentes al modelo del sistema de salud cubano, entre los que podemos mencionar el de McKeon[3] y el de *Health* Canada,[2] así como las propuestas realizadas por la OMS.[4] En Cuba se cuenta con la propuesta de investigadores del Instituto Nacional de Higiene y Epidemiología (Álvarez y Colaboradores, 2007),[5] referida a un modelo que se corresponde con las condiciones sociales del país en la década anterior. Este se sustenta en dos categorías básicas: determinantes médicas y determinantes no médicas. Todos estos modelos debieron estar condicionados por su contexto socio político, los cuales por razones obvias, difieren de la realidad cubana de hoy, tanto sanitaria como sociopolítica y económica.

La atención estomatológica en Cuba está normada en el Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población,[6] con un enfoque clínico-epidemiológico, y dando respuesta, en conjunto con el médico de la familia, a las necesidades de los individuos, la familia y la comunidad. Las determinantes del estado de salud bucodental, se analizan actualmente en el país según el modelo de campos de salud de Lalonde.

Los estudios epidemiológicos que se realizan, constituyen un instrumento científico metodológico, útil no solo para facilitar el conocimiento de los problemas de salud de las comunidades, sino también para priorizarlos y solucionarlos. Para desarrollarlos, se centra la atención en la comunidad, y se consideran los tres niveles de acción: el individuo, la población y el ambiente. Este programa tiene en cuenta los cambios y transformaciones necesarios realizados en el sector de la salud, también se refiere a la promoción como piedra angular de la atención primaria y como elemento imprescindible para disminuir la incidencia y prevalencia de las enfermedades bucodentales.[6]

A pesar de lo anterior, en todos los escenarios docente-asistenciales del país, e incluso en el nuevo plan de estudios D de la Carrera de Estomatología, se continúa abordando el análisis de la situación de la salud bucodental solo y exclusivamente a partir del modelo inicial.

Existen cambios sociodemográficos y económicos importantes en el país, relacionados por ejemplo, con el acelerado envejecimiento poblacional y la actualización del modelo económico y social cubano, transformación que se ejecuta a partir de los lineamientos del Partido aprobados en el VI Congreso del Partido Comunista de Cuba, en abril de 2011. Estas transformaciones sociales influyen, sin dudas, en la perspectiva de las variables del actual modelo. Por otra parte, existe una fuerte tendencia en las escuelas de Estomatología y de Salud Pública de América Latina a resaltar la importancia de las determinantes sociales en grupos poblacionales.

Este trabajo tiene como objetivo motivar a la reflexión acerca de la necesidad de una posible actualización del modelo de determinantes del estado de salud bucodental en la atención primaria de salud en Cuba.

DESARROLLO

Situación de los modelos de determinantes sociales en América Latina

Latinoamérica presenta poca información y actualización en sus datos de situación de caries, excepto Brasil, donde, según la encuesta realizada en 2010, se describe un índice de dientes cariados, perdidos u obturados (CPO-D) de 4,25 con un intervalo de confianza (IC) de 3,9-4,7 para los 15 a 19 años de edad, de 16,75 (IC: 16,3-17,2) para los 35 a 44 años y de 27,53 (IC: 27,0-28,0) para los 65 a 74 años; también se refieren diferencias significativas en poblaciones excluidas y de bajos ingresos.[7] En Uruguay, en el año 2010, se realizó el Primer Revelamiento Nacional de Salud Bucal en adultos uruguayos del interior del país, cuyo resultado fue que la prevalencia de caries dental en zonas del interior, es mayor que en la población urbana, que aumentan con la edad y que se observa con más frecuencia en el sexo femenino.[8] Autores como Camargo, exponen una corriente teórica que supone el abordaje de la salud desde una perspectiva social; en ese contexto, considerando que la salud está determinada por los procesos sociales, y que cada grupo social tiene realidades distintas y heterogéneas, es necesario estudiar al individuo dentro de su grupo social y en un momento determinado, porque la salud al igual que la vida, no es estática, sino dinámica.[9] De este modelo teórico, se propone hoy que parta la formulación de políticas de salud, cuyo eje central este basado en la determinación social de la salud.

En la revisión realizada del tema, la mayoría de los autores coinciden en que las diferencias de intereses sociales y económicos están determinando en los grupos poblacionales los índices de salud bucodental. En Chile, el cuadro de salud bucodental es inamovible en los últimos 15 años, la prevalencia de caries en el grupo de 33 a 45 años es de 99,2 %; a pesar de aumentar los recursos humanos y el número de clínicas, las personas de menores ingresos no tienen garantizado el acceso irrestricto a los servicios públicos o privados.[10] Estudios realizados sobre salud buco dental en ocho delegaciones del distrito federal, demuestran que existen diferencias significativas en los índices de COP-D respecto a los ingresos económicos y la instrucción familiar, relacionadas con el determinante modo y estilo de vida.[11] En la República Bolivariana de Venezuela, los estudios revisados coinciden con el resto de América Latina, a pesar de los programas gratuitos que se implementan. Márquez y colaboradores, al analizar los principales factores de riesgo según las determinantes, encontraron que la alta prevalencia de enfermedades bucodentales en la población estudiada podía explicarse por la existencia de estilos de vida inadecuados, bajos ingresos económicos, dieta cariogénica, deficiente higiene bucal y antecedentes de caries dental, entre otros factores.[12]

El enfoque teórico utilizado por la sociología funcionalista de la oligarquía, considera que las desigualdades socioeconómicas deben concebirse como una cuestión de estratos sociales. Otro enfoque sociológico analiza las desigualdades socioeconómicas como el resultado de las relaciones conflictivas entre diferentes grupos o posiciones sociales.[13,14]

Trabajos como el de Medina Solís,[15] plantean que individuos de mejor nivel socioeconómico disfrutan de mejor salud. Este hecho es conocido como el "gradiente social en salud", el cual se refiere a que las desigualdades en la distribución del estado de salud de la población, están relacionadas con las desigualdades en el estatus social. Como se puede observar, existe un panorama bien complejo en materia de salud oral, matizado por importantes determinantes sociales, dejando en un segundo escalón la biología humana, el medio ambiente y los servicios de salud.

Se palpa una importante brecha entre los indicadores de salud oral de la región y los países ricos.

Según datos ofrecidos por el Dr. Llodra Calvo, de la Universidad de Granada, a los 12 años la prevalencia de caries en los países menos desarrollados es del 67 %, mientras que en los de mayor desarrollo es del 45 %, la diferencia es abismal y se entiende por las políticas de exclusión social y la carencia de voluntad política.[16] Agost Felip, en su acercamiento al papel de los procesos de exclusión social y su relación con la salud, presenta conceptos y modelos de exclusión social y exclusión en salud, los cuales debieran ser tomados en cuenta por los decisores de políticas de salud en estos países.[17]

Determinantes del estado de salud bucodental en Cuba

El estado cubano, a través de la Constitución de la República (capítulo VII, artículo 50, ley 41),

garantiza la Salud a toda la población, teniendo como premisa que "la salud es un derecho de todos los individuos y una responsabilidad del estado", y que es el Ministerio de Salud Pública (MINSAP) el responsable de ejecutarla en su red de servicios organizados en un sistema de salud, que tiene como características el ser único, integral y regionalizado.

En Cuba, el análisis de la determinante estilo de vida, donde se incluyen aspectos económicos, culturales e históricos, con énfasis actual en lo social y en el contexto sociopolítico, es diferente al resto de América Latina. El sistema de salud cubano tiene la característica de ser gratuito, accesible e irrestricto, es decir, que se encuentra al alcance de toda la población. La salud bucal como parte indisoluble del sistema de salud, está garantizada por una red de unidades que conforman el subsistema de atención estomatológica, compuesto por clínicas estomatológicas, departamentos en policlínicos, en hospitales y otros.[6]

Son diversos los estudios realizados sobre la epidemiología de las enfermedades bucodentales en Cuba. A partir de 1984, se comenzaron a realizar estudios epidemiológicos de carácter nacional, que analizaban los resultados según los territorios (occidente, centro y oriente). En el año 1998, además de encuestar una muestra representativa del país, también se estudió en una muestra significativa de cada provincia. Dicha encuesta incluyó nuevas secciones sobre evaluación de los trastornos extraorales, la mucosa, las opacidades e hipoplasias del esmalte, estado de la oclusión y necesidades de prótesis.[18] Recientemente se han desarrollado otras investigaciones, por ejemplo, el análisis de situación de salud del área de la Facultad de Estomatología de la Habana (2008), que atiende una población de 21835 pacientes, dio como resultado el bajo nivel de conocimientos sobre salud bucodental, lo cual se relaciona con la determinante de modo y estilo de vida, resultados similares a los obtenidos en la provincia de Sancti Spíritus en un estudio similar.[19] En otro estudio también llevado a cabo en la capital, que analizó la situación de salud de 120 familias del consultorio 6 del Policlínico Universitario Vedado, se observaron hábitos dietéticos inadecuados e incorrecto cepillado dental.[20]

La propuesta realizada y validada por investigadores del Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología, retoma una parte importante de los modelos conocidos y los lleva al contexto cubano, e incluye una nueva categoría: factores determinantes no médicos; factores sociales que determinan la salud de individuos y comunidades. Las políticas públicas saludables y/o intervenciones dirigidas a influir sobre estos factores, tienen su esencia en una acción intersectorial controlada por el estado y liderada por el sector salud en función de este objetivo.[21]

Diversas transformaciones ocurren en la sociedad cubana actual. El envejecimiento poblacional se asemeja al de los países del mundo desarrollado, en lo cual están influyendo factores como el aumento de la esperanza de vida, la disminución de las tasas de mortalidad y el descenso de las tasas de fecundidad, reproducción y natalidad, así como el saldo migratorio negativo.[22]

Esto traerá como consecuencia tener un grupo priorizado de pacientes ancianos, con una epidemiología de enfermedades bucodentales diferentes a las del resto de la población, donde la perspectiva de la determinante social pudiera estar en relación con la población de menores ingresos y la más afectada en los índices de COP-D, ya que este indicador aumenta con la edad. Actualmente, el 16,6 % de la población cubana tiene más de 60 años y provincias como Villa Clara llegan al 20 %. Se pronostica que estos porcentajes continúen incrementándose y exista una pirámide poblacional que muestre una elevada tendencia a aplanarse en su cúspide, a consecuencia de una marcada disminución en la fecundidad y un incremento significativo de la esperanza de vida al nacer, hecho que provocará un importante impacto sobre la sociedad cubana y por ende en el Programa Nacional de Atención Estomatológica y las determinantes de salud oral.[22] En este sentido, en un trabajo de Collazo Ramos sobre las posibilidades del sistema de salud cubano para enfrentar el envejecimiento poblacional, se proponen estrategias como la redistribución y reorganización de los servicios de salud;[23] en el ámbito estomatológico se requeriría del incremento de las consultas de prótesis dental y en correspondencia con ello, de los recursos humanos para la actividad, así como realizar estrategias de promoción y prevención dirigidas a estos pacientes. Sin embargo, esto solo daría resultados inmediatos a corto plazo y con una cuestionable sostenibilidad. Sería necesario incorporar acciones a mediano y largo plazo, respaldadas en políticas públicas intersectoriales coordinadas de promoción de

salud y prevención de enfermedades bucodentales responsables del desdentamiento, como son la caries dental y la enfermedad periodontal; todo esto en edades tempranas, estimulando la formación de familias saludables, comunidades saludables, escuelas y centros laborables saludables, así como entornos sociales saludables.

La intersectorialidad, protagonizada por el sector de salud, podría continuar siendo una herramienta fundamental en el desarrollo de estrategias de intervención en los grupos poblacionales, especialmente en los mayores de 60 años.

El proceso de transformaciones, identificado como actualización del modelo económico, ha comenzado en todos los sectores de la economía cubana, con notables implicaciones en los aspectos sociales y políticos de la nación. Aparecen nuevas formas de empleo, trabajadores por cuenta propia y cooperativas no agropecuarias que modifican la percepción del trabajo y los ingresos. Este reordenamiento debe propiciar el incentivo a trabajar legalmente a partir de restablecer la vigencia de la ley de distribución socialista, "de cada cual según su capacidad, a cada cual según su trabajo".[24] En relación con lo anterior y muy acertadamente, Rojas Ochoa plantea rectificaciones o transformaciones necesarias en el sector de la salud; por ejemplo, aboga por una formación académica que atienda más a la dinámica social de la salud y de la enfermedad, a la promoción de salud, y por que exista una mayor atención a los problemas sociales que tienen que ver con la salud del hombre.[25,26]

Mientras todos estos dinámicos cambios ocurren en la sociedad cubana actual, es pertinente reanalizar, al menos en el campo del conocimiento de la especialidad de estomatología, y preguntarse: ¿será útil y eficiente continuar utilizando el modelo de campos de salud para analizar el estado de salud bucodental?

En la provincia de Cienfuegos se han realizado en los últimos años varios estudios epidemiológicos de salud bucodental, los resultados en la mayoría son similares a los del resto del país. Uno de ellos fue realizado por Peláez Rivas[a] en el 2008, que tuvo como objetivo la caracterización de la salud bucal en 382 pacientes; en este los principales resultados fueron que el 90,8 % de la población estudiada se clasificó como enferma, y en relación con ello, el factor más importante resultó ser la ingestión de alimentos azucarados. Gil Ojeda, al estudiar el estado de salud bucal de la población adulta de la provincia en el 2007, obtuvo que 40,3 % de la población (253 621 pacientes) necesitaba algún tipo de prótesis; además se observaron diferencias en el índice de COP-D de las poblaciones rurales y Plan Turquino, con respecto a las urbanas y cabeceras municipales.[27]

En estudios curriculares realizados por estudiantes de quinto año de la carrera de Estomatología en Matanzas y Cienfuegos, los cuales se encuentran realizando sus prácticas pre-profesionales o internado en los municipios, se pueden apreciar las diferencias en la incidencia y prevalencia de enfermedades bucodentales en los diferentes grupos poblacionales. Es válido señalar que los que resaltan la mayor diferencia son las comunidades rurales (índice elevado de afectación y de desdentamiento) en comparación con las urbanas.

Estudios comparativos realizados por el Departamento de Estomatología de la Facultad de Ciencias Médicas de Cienfuegos (2012), en muestras aleatorizadas y homogéneas en edad y sexo, en estudiantes de primer año de las carreras de Estomatología e Ingeniería Mecánica, resultan índices de CPO-D de 1,9 y 3,7 respectivamente. Lo variable pudiera explicarse por motivaciones e intereses sociales de estos estudiantes, debido a las diferentes carreras que cursan.

CONCLUSIONES

Los cambios dinámicos en nuestra sociedad, el envejecimiento poblacional, las transformaciones necesarias en el sistema de salud pública, la actualización del modelo económico y social cubano, inobjetablemente van a cambiar la forma de análisis de las determinantes de salud y salud bucal, sin llegar a absolutizar lo social, ya que el contexto cubano es diferente de aquellos donde existen inequidades en salud en el resto de América Latina. Se considera conveniente comenzar a profundizar desde la academia hasta la formación de posgrado, en factores sociales del individuo y las poblaciones que se relacionan con la salud.

Al reflexionar sobre diversas aristas del problema, se propone que en los estudios epidemiológicos que se realicen en el futuro, se dedique especial

atención a riesgos sociales como el ingreso percápita en la familia, dinámica familiar, igualdad de género y respeto a la diversidad, empleo y condiciones de trabajo, redes de apoyo social, seguridad alimentaria y dieta adecuada.

Para realizar el correcto diseño de las estrategias de intervención, se debe realizar una correcta evaluación y análisis de los riesgos o problemas identificados. Si se obvian los riesgos sociales en el contexto actual, es probable que no sea sostenible la estrategia ni produzca el impacto que se espera en la salud bucodental.

---

[a] Peláez Rivas. Caracterización de la salud bucal en adolescentes de 15 Años de edad. Propuesta de intervención Área II[Tesis]. Cienfuegos: Facultad de Ciencias Médicas Raúl Dorticós Torrado; 2008.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sosa Rosales M. Consideraciones sobre la estomatología y la situación del estado de salud bucal en Cuba [Internet]. La Habana: MINSAP; 2009. [cited 19 Sep 2013] Available from: http://www.sld.cu/galerias/pdf/uvs/saludbucal/salud_bucal_cuba_2009[1].pdf.

2. Organización Mundial de la Salud. La OMS publica un nuevo informe sobre el problema mundial de las enfermedades bucodentales [Internet]. Ginebra: OMS; 2004. [cited 4 Jun 2014] Available from: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr15/es/.

3. Organización Mundial de la Salud. Hacia la cobertura sanitaria universal: enseñanzas extraídas y desafíos para las políticas públicas [Internet]. Ginebra: OMS; 2013. [cited 4 Jun 2014] Available from: http://www.who.int/mediacentre/events/meetings/2013/uhc_agenda_abridged_2013.02.05_es.pdf.

4. Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Informe Final [Internet]. Buenos Aires: OMS; 2009. [cited 4 Jun 2014] Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243563701_spa.pdf.

5. Álvarez Pérez AG, García Fariñas A, Romero Placeres M, Álvarez Toste M. Los determinantes internacionales del estado de salud de la población: Su abordaje a la luz de la Batalla de Ideas. Rev Cubana Hig Epidemiol [revista en Internet]. 2007 [cited 4 Jun 2014] ; 45 (3): [aprox. 4p]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032007000300001&lng=es.

6. Sosa Rosales MC, González Ramos RM, Gil Ojeda E. Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la población [Internet]. La Habana: MINSAP; 2002. [cited 4 Jun 2014] Available from: http://www.pdcorynthia.sld.cu/Documentos/Programas APS/prog de estomatologia.pdf.

7. Ministerio de Salud. Pesquisa Nacional de Salud Bucal 2010 [Internet]. Brasilia: Ministerio de Salud; 2011. [cited 27 Sep 2013] Available from: http://dab.saude.gov.br/CNSB/sbbrasil/arquivos/projeto_sb2010_relatorio_final.pdf.

8. Olmos P, Piovensan S, Musto M, Lorenzo S, Álvarez R, Massa F. Caries dental. La enfermedad oral más prevalente: Primer Estudio poblacional en jóvenes y adultos uruguayos del interior del país. Odontoestomatología [revista en Internet]. 2013 [cited 26 Sep 2013] ; 15 (Especial): [aprox. 13p]. Available from: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-93392013000200004&lng=es&nrm=iso.

9. Camargo E. Introducción de los Determinantes Sociales de la Salud. Cuadernos de la Escuela de Salud Pública [revista en Internet]. 2013 [cited 4 Jun 2014] ; 1 (85): [aprox. 6p]. Available from: http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_edsp/article/view/4299/4112.

10. Monsalves MJ. La odontología que vivimos y no queremos: una crítica al escenario actual. Rev Chil Salud Pública [revista en Internet]. 2012 [cited 4 Jun 2014] ; 16 (2): [aprox. 13p]. Available from: http://cuadernosjudaicos.uchile.cl/index.php/RCSP/article/viewArticle/23130.

11. Caudillo Joya T, Adriano Anaya MP, Gurrola Martínez B, Caudillo Adriano PA. Perfil epidemiológico de caries dental en ocho delegaciones políticas del Distrito Federal, México. Rev costarric salud pública [revista en Internet]. 2010 [cited 4 Jun 2014] ; 19 (2): [aprox. 14p]. Available from: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-14

292010000200004&script=sci_arttext.

12. Márquez Filiú M, Rodríguez Castillo RA, Rodríguez Jerez Y, Estrada Pereira G, Aroche Arzuaga A. Epidemiología de la caries dental en niños de 6-12 años en la Clínica Odontológica La Democracia. Medisan [revista en Internet]. 2009 [cited 4 Jun 2014] ; 13 (5): [aprox. 5p]. Available from: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_5_09/san12509.htm.

13. Herrera MS, Lucas Rincón SE, Medina Solís CE, Maupomé Cervantes G, Márquez Corona ML, Islas Márquez AJ, et al. Desigualdades socioeconómicas en salud bucal. Revista de investigación clínica. 2009 ; 61 (6): 489-96.

14. Kosteniuk JG, Dickinson HD. Tracing the social gradient in the health of Canadians: primary and secondary determinants. Soc Sci Med. 2003 ; 57 (2): 263-76.

15. Medina Solís CE, Maupomé G, Pelcastre Villafuerte B, Avila Burgos L, Vallejos Sánchez AA, Casanova Rosado AJ. Desigualdades socioeconómicas en salud bucal: caries dental en niños de seis a 12 años de edad. Rev invest clín [revista en Internet]. 2006 [cited 4 Jun 2014] ; 58 (4): [aprox. 18p]. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-83762006000400005&lng=es.

16. Llodra Calvo JC. Las desigualdades en salud oral entre países ricos y pobres no han hecho más que crecer en los últimos años. Gaceta dental: Industria y profesiones. 2013 (247): 86-87.

17. Agost Felip MR, Martín Alfonso L. Acercamiento al papel de los procesos de exclusión social y su relación con la salud. Rev Cubana Salud Pública [revista en Internet]. 2012 [cited 4 Jun 2014] ; 38 (1): [aprox. 15p]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662012000100012.

18. Zacca González G, Sosa Rosales M, Mojáiber de la Peña A. Situación de salud bucal de la población cubana. Estudio comparativo según provincias, 1998. Rev Cubana Estomatol [revista en Internet]. 2001 [cited 4 Jun 2014] ; 38 (2): [aprox. 28p]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072001000200003&script=sci_arttext.

19. Rivadeneira Obregón AM, Nazco Barrios LE, Hernández Pérez M, Hernández Marín CA. Nivel de conocimiento sobre salud buco-dental. Consultorio 1ro de marzo. Febrero-octubre 2009. Gaceta Médica Espirituana [revista en Internet]. 2013 [cited 4 Jun 2014] ; 15 (1): [aprox. 10p]. Available from: http://revgmespirituana.sld.cu/index.php/gme/article/view/221/177.

20. Bellón Leyva S, Fumero Manzanas M, Estrada Martínez E, González Pérez A, Héctor Gómez MI, León Pérez C. Análisis de la situación de salud de 120 familias pertenecientes al consultorio 6 [Internet]. La Habana: Facultad de Ciencias Médicas Manuel Fajardo; 2013. [cited 4 Jun 2014] Available from: http://www.uvsfajardo.sld.cu/printpdf/analisis-de-la-situacion-de-salud-de-120-familias-pertenecientes-al-consultorio-6.

21. Álvarez Pérez A, Luis Gonzalvez IP, Rodríguez Salvia AJ, Bonet Gorbea MH, Alegret Rodríguez M, Romero Placeres M, Van der Stuyft P. Actualización conceptual sobre los determinantes de la salud desde la perspectiva cubana. Rev Cubana Hig Epidemiol [revista en Internet]. 2010 [cited 4 Jun 2014] ; 48 (2): [aprox. 18p]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-30032010000200010&script=sci_arttext.

22. Díaz Piñera WJ, García Villar Y, Linares Fernández TM, Ravelo Padua G, Díaz Padrón H. Envejecimiento e invalidez. Nuevos retos para la sociedad cubana. Revista Cubana de Salud y Trabajo [revista en Internet]. 2010 [cited 4 Jun 2014] ; 11 (1): [aprox. 18p]. Available from: http://www.bvs.sld.cu/revistas/rst/vol11_1_10/rst06110.htm.

23. Collazo Ramos M I, Calero Ricardo JL, Rodríguez Cabrera AL. Necesidades, realidades y posibilidades del sistema de salud cubano para su enfrentamiento al envejecimiento poblacional. Rev Cubana Salud Pública [revista en Internet]. 2010 [cited 4 Jun 2014] ; 36 (2): [aprox. 7p]. Available from: www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol_36_02_10/spu09210.htm.

24. Lineamientos de la Política Económica y Social de la Revolución [Internet]. La Habana: PCC; 2011. [cited 4 Jun 2014] Available from: http://www.cubadebate.cu/wp-content/uploads/2011/05/folleto-lineamientos-vi-cong.pdf.

25. Rojas Ochoa F. Políticas sociales y salud de la

población. Rev Cubana Salud Pública [revista en Internet]. 2011 [cited 4 Jun 2014] ; 37 (4): [aprox. 3p]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662011000400001&lng=es&nrm=iso&tlng=es.

26. Rojas Ochoa F. Toda obra humana puede mejorarse. Rev Cubana Salud Pública [revista en Internet]. 2012 [cited 4 Jun 2014] ; 38 (3): [aprox. 5p]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662012000300001&lng=es&nrm=iso&tlng=es.

27. Gil Ojeda E, García Alpízar B, Curbeira Hernández E, Sexto MA. Estado de salud bucal de la población de 20 años y más de la provincia de Cienfuegos. Medisur [revista en Internet]. 2007 [cited 4 Jun 2014] ; 5 (1): [aprox. 14p]. Available from: http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/233/1075.