

Salud bucal y determinantes sociales en escolares con limitación visual en Medellín

Oral health and social determinants in visually impaired schoolchildren from Medellín

Leidi Yuliana Ramírez Martínez¹  , Cristian David Londoño Oquendo¹ , Wilmar Andrés Pineda Arango¹ , Jhovani Aguirre Mejía¹ , Andrés Alonso Agudelo Suárez¹ 

¹ Universidad de Antioquia, Facultad de Odontología. Medellín, Colombia.



Cómo citar: Ramírez Martínez LY, Londoño Oquendo CD, Pineda Arango WD, Aguirre Mejía J, Agudelo Suárez AA Salud bucal y determinantes sociales en escolares con limitación visual en Medellín. Rev Cubana Estomatol. 2020;57(4):e2985

RESUMEN

Introducción: La salud bucal requiere un análisis contextual y social en poblaciones consideradas vulnerables. **Objetivo:** Describir la situación de salud bucal en un grupo de escolares con limitación visual y su relación con determinantes sociales, familiares e individual. **Métodos:** Estudio descriptivo en 21 escolares con limitación visual y 15 adultos significativos. Se realizó una encuesta que indagó por datos sociodemográficos, hábitos y utilización de servicios de salud bucal. Mediante examen clínico se aplicaron los siguientes indicadores: índice de O'Leary, índice gingival de Løe y Silness, índice COP-D de Klein y Palmer, tradicional y modificado, e índice significativo de caries (SiC). Análisis descriptivo de frecuencias absolutas y relativas. **Resultados:** Los datos se agruparon bajo tres contextos: social, familiar e individual. En el contexto social se encontró que un 40 % (n = 6) de los encuestados pertenecían al régimen subsidiado, además el 53,3 % (n = 8) manifestó tener dificultades para acceder a los servicios de odontología. En cuanto al espacio familiar se detectó que el 53 % (n = 8) de la población pertenece al estrato socioeconómico bajo y solo el 60 % (n = 9) de los participantes en el estudio habían concluido la secundaria. Finalmente, el individual, el 100 % de los escolares presentaban control de placa deficiente (73,3 % ± 23,7). El índice significativo de caries tradicional fue de 4,3 (± 2,4) y el modificado de 6,7 (± 1,7). Se encontró un índice gingival moderado en el 100 % de los escolares con un promedio de 23,5 (± 24,5). **Conclusiones:** Las principales barreras se identifican en la posición social (ocupación, ingresos, educación), lo que repercute en la situación de salud bucal. Es necesario abordar este tipo de población desde un enfoque participativo, continuo e integral que empodere a sus cuidadores y transforme sus prácticas a través de la promoción de la salud.

Palabras clave: trastornos de la visión; salud bucal; encuestas de salud; caries dental; enfermedad periodontal.

ABSTRACT

Introduction: Oral health requires a contextual and social analysis in populations considered vulnerable. **Objective:** Establish the oral health status of a group of visually impaired schoolchildren and its relationship to social, family and individual determinants. **Methods:** A descriptive study was conducted of 21 visually impaired schoolchildren and 15 significant adults. A survey was applied to collect sociodemographic information and data about habits and use of oral health care services. Clinical examination was based on the following indicators: O'Leary's index, Løe and Silness's gingivitis index, Klein and Palmer's COP-D index, both traditional and modified, and significant caries index (SiC). Descriptive analysis was performed of absolute and relative frequencies. **Results:** The data were distributed into three categories: social, family and individual. Social analysis found that 40% (n = 6) of the respondents were in the subsidized sector, whereas 53.3% (n = 8) reported difficulties to access dental care services. With respect to the family environment, it was found that 53% (n = 8) of the study population were from a low socioeconomic stratum and only 60% (n = 9) of the participants in the study had completed secondary education. Individual analysis revealed that 100% of the schoolchildren showed evidence of poor plaque control (73.3 % ± 23.7). The traditional significant caries index was 4.3 (± 2.4), whereas the modified significant caries index was 6.7 (± 1.7). A moderate gingivitis index was found in 100% of the schoolchildren with an average 23.5 (± 24.5). **Conclusions:** The main hurdles identified had to do with the social status (occupation, income, education), all of which has an impact on the oral health status. It is necessary to address this type of population with a participative, continuous, integral approach which empowers care givers and transforms their practices via health promotion.

Keywords: visual disorders; oral health; health surveys; dental caries; periodontal disease.

INTRODUCCIÓN

El cuidado de la salud bucal tiene un gran componente audiovisual y requiere de ciertas habilidades psicomotrices para su efectividad.⁽¹⁾ La población con limitación visual representa uno de esos grupos con necesidades especiales; su cuidado puede verse afectado y, por la dificultad de identificar mediante la observación lesiones tempranas, acarrea un empeoramiento de las condiciones de salud bucal.⁽²⁾ En el caso de la población infantil aún no está bien desarrollada la habilidad manual para el cuidado e higiene bucodental, por lo que puede favorecer el desarrollo de tales lesiones.⁽³⁾

La situación de salud bucal de esta población está afectada, lo que se observa a partir de un aumento en el índice de dientes cariados, obturados y perdidos (COP) con respecto a la población general, aumento de los índices gingival, pobre higiene bucal y una prevalencia de enfermedad periodontal que puede estar entre 50-73%.^(4,5) Esta situación impacta en la calidad de vida de la población con limitación visual, pues se encuentra en una situación de vulnerabilidad.⁽⁶⁾ También, se evidencian barreras de acceso a los servicios de salud bucal para estos grupos poblacionales.⁽⁷⁾

En Colombia, hasta donde conocen los autores, son escasas las investigaciones específicas en salud bucal que permitan comparar resultados y definir como es su situación. A manera de ejemplo, se registran estudios publicados en revistas científicas en otros contextos geográficos.^(7,8,9) Sin embargo, sí hay registros de las condiciones sociodemográficas los que indican que el 80 % de las personas con limitación visual vive en condiciones de pobreza y presentan serias dificultades para acceder a bienes y servicios, debido a las condiciones de su entorno o, incluso, por su localización geográfica, haciéndose más crítica la accesibilidad en el área rural.⁽⁶⁾

La realización de políticas y estrategias en salud exige que se reconozcan los problemas y necesidades específicos de una comunidad. En esto radica la importancia de estudiar, además de la situación de salud bucal, los determinantes que influyen en esta población.⁽¹⁰⁾ Es necesario, entonces, conocer el contexto

social, económico y político que influye en colectivos especialmente vulnerables, como es el caso que ocupa esta investigación, trascendiendo el paradigma biomédico de analizar la situación de salud con enfoque morbicéntrico. De igual forma, en la medida que se conozcan estos resultados, se pueden proponer estrategias para que los profesionales de la salud bucal, se encuentren más sensibilizados en su atención.⁽¹¹⁾

Por lo anterior, el objetivo de este estudio fue describir la situación de salud bucal en escolares con limitación visual en una institución educativa de la ciudad de Medellín y su relación con determinantes sociales, familiares e individuales.

MÉTODOS

Diseño, fuentes de información y participantes

Se realizó un estudio descriptivo transversal en escolares de la Institución Educativa Francisco Luis Hernández Betancur de la ciudad de Medellín, en la que confluyen escolares de diferentes barrios de la ciudad, ubicada en un sector de estrato socioeconómico medio-bajo. El trabajo de campo fue realizado entre septiembre de 2017 y marzo de 2018.

Participaron en el estudio 21 estudiantes y 15 padres o tutores. Aunque inicialmente se contemplaba una población aproximada de 50 personas en el universo de estudio, solo se trabajó con un 42 % de la muestra proyectada. En esto influyeron variables como la voluntariedad de participar en la investigación (consentimiento de los padres, principalmente), estudiantes que no permitieron la realización del trabajo de campo y otros que no estaban en la institución porque ya habían terminado sus estudios.

Para la recolección de datos se diseñaron dos instrumentos. El primero de ellos tipo [encuesta](#), para ser aplicado en padres y cuidadores, y algunas preguntas para los escolares, basado en los instrumentos aplicados del ENSAB IV.⁽⁴⁾ Seguidamente, se realizó un formato de examen clínico-odontológico, siguiendo los parámetros de la Organización Mundial de la Salud para encuestas de salud bucodental.⁽¹²⁾ Esto permitió un mayor control de los posibles sesgos que se podrían originar.

Variables

Las variables cualitativas contempladas para la encuesta, se agruparon en tres grupos: información sociodemográfica (estado socio-económico, antecedentes médicos y odontológicos), hábitos de higiene bucal y sistema de salud y servicios de atención.

Las variables clínicas consideradas en este estudio fueron:

- índice de higiene bucal de O'Leary
- índice Gingival de Löe y Silness
- índice COP-D (cariados, obturados, perdidos por caries) de Klein y Palmer (versión tradicional y modificada, la que incluye en el registro de caries las lesiones activas no cavitacionales)
- índice significativo de caries (SiC): calcula el promedio COP-D/ceo-d del tercio más afectado de la población (a partir de la versión tradicional y modificada).

Inicialmente, se realizó un análisis descriptivo de los datos para lo que se calcularon las frecuencias absolutas y relativas. Luego se realizó un análisis inductivo, lo que permitió identificar, a través de un marco conceptual, el contexto de la situación de salud bucal de la población participante en el estudio.

Aspectos éticos

Esta investigación estuvo acorde con la normativa nacional e internacional para estudios en seres humanos y se considera de riesgo mínimo. Se garantizó la confidencialidad durante todo el proceso investigativo. Se contó con la aprobación de las directivas de la institución y de los padres. Las personas que requerían atención de carácter prioritario fueron remitidas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y en las instituciones de docencia-servicio responsable del estudio (Universidad de Antioquia, Facultad de Odontología). Se realizó una retribución de los resultados a las directivas de la institución y a los padres. Este

estudio contó con la aprobación del Comité de Bioética de Investigación de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia (Acta n.º 4 de 2018).

RESULTADOS

La muestra estuvo conformada por 13 niños y 8 niñas, con una edad promedio de $12,9 \pm 3,7$ años, de los cuales solo participaron 15 padres. Los datos se agruparon bajo tres contextos: social, familiar e individual (Fig. 1). Desde un aspecto general de los determinantes sociales de la salud, los tres contextos interactúan entre sí, abordando los significantes y percepciones familiares que influyen en el estado bucal de los escolares y demostrando cómo ha sido esa relación con su condición socio-económica, el sistema general de seguridad social en salud y los servicios de salud.

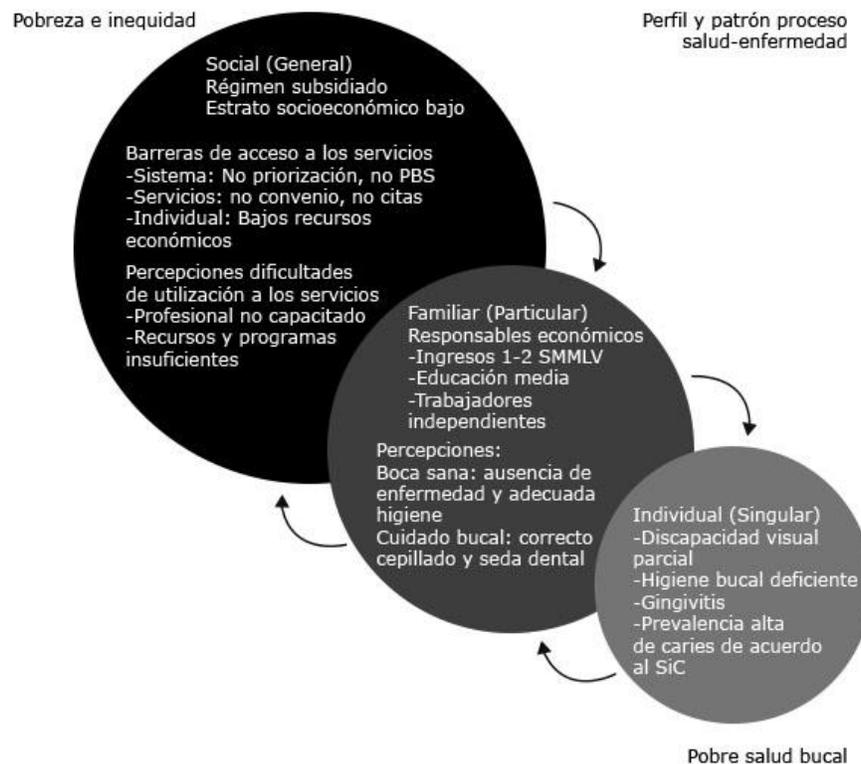


Fig. 1 - Determinantes sociales de la salud en escolares con limitación visual.

Con respecto al contexto social, en la encuesta realizada a los padres, se encontró que un 40 % (n = 6) pertenecían al régimen subsidiado. El 53,3 % (n = 8) mencionó tener dificultades para acceder a los servicios, individualmente un 40 % expresó que su mayor impedimento era su situación económica actual. En cuanto a los servicios de salud recibidos, el 26,6 % (n = 4) refirió que la no asignación de citas y la falta de convenios son el principal obstáculo; mientras que el 40 % (n = 6) coincidió en que muchos de los tratamientos solicitados no se encuentran en el plan de beneficios de salud (PBS). Sin embargo, el 53,3 % (n = 8) de los padres afirmaron que la limitación visual que padecen los menores no afecta de ninguna manera sus relaciones sociales y que han podido llevar una vida normal.

Respecto a la atención y los servicios de salud, el 60 % (n = 8) está seguro de que no hay suficiente personal calificado para la atención de pacientes con este tipo de discapacidades, además el 53,3 % afirmó que no hay suficientes programas y recursos destinados para esta población vulnerable. Es por esto que al indagar que mejorarían en la atención, el 26,6 % (n = 4) estuvo de acuerdo con que se debe capacitar los profesionales.

En cuanto al contexto familiar, de los adultos significativos encuestados, el 53 % (n = 8) pertenecía al estrato socio-económico bajo y el 47 % (n = 7) al estrato medio-bajo. El 67 % (n = 10) tenían ingresos económicos entre 1 y 2 salarios mínimos. En el 67 % (n = 10) de los casos los ingresos provenían del padre, seguido de la madre (n = 2; 13 %) y por ambos padres (n = 2; 13 %), el 7 % (n = 1) restante corresponde al caso de un escolar que era financiado bajo un convenio de padrinazgo. Respecto al nivel educativo, el 60 % (n = 9) de los participantes terminaron la secundaria, seguido del 33 % (n = 5) la primaria y, por último, solo el 6 % (n = 1) terminó la universitaria.

En el apartado de hábitos y costumbres se pudo precisar que el refuerzo de la higiene bucal era realizado por un familiar (n = 10; 67 %) y, en menor medida, por un no familiar (n = 5, 33 %). Los elementos más empleados para la higiene dental fueron el cepillo y la crema dental (n = 15; 100 %), la seda dental (n = 10; 67 %) y los enjuagues (n = 5; 33 %). Además, el 46 % (n = 7) de los padres realizaban el cepillado 3 veces al día, el 40 % (n = 6) 2 veces, mientras que una vez al día y más

de tres veces era practicado por el 7 % (n = 1), en cada caso. Asimismo, 7 (47 %) de los padres informaron que a la limitación visual el menor no se puede ver y/o le afecta aprender a cepillarse, por lo cual necesitan ser revisados, mientras que 5 (33 %) de ellos respondieron lo contrario y hubo 3 (20 %) casos que no supieron dar respuesta.

Comparando las percepciones entre los tutores y los escolares, los 15 (100 %) adultos refirieron que el cepillado dental debe realizarse para el cuidado de la boca, mientras que solo 18 (82 %) escolares respondieron lo mismo. De igual manera, los 14 (93 %) adultos perciben una boca sana como aquella libre de caries y adecuada higiene, mientras que, de los escolares, 16 (76 %) hacían alusión a la adecuada higiene, 3 (20 %) de ellos se referían a la ausencia de caries y solo 2 (13 %) no supieron dar respuesta.

En cuanto al contexto individual se encontró que el 67 % (n = 14) de los escolares presentaban limitación visual parcial. Todos los escolares alguna vez han asistido a, al menos, una consulta de odontología, pero el 66,6 % había asistido con un tiempo igual o superior a los seis meses (al momento de la encuesta). De los escolares que se habían consultado, el 28,5 % (n = 6) lo hicieron para revisión y el 66,6 % (n = 14) habían recibido actividades de promoción y prevención, lo que resultó ser el procedimiento más realizado.

En relación con la condición de higiene bucal, el 100 % de los escolares presentaba mal control de placa bacteriana, cuyo promedio fue de $73,33 \% \pm 23,71$. En la condición dental se encontró un COP tradicional de $1,7 \pm 2,4$, de modo tal que los dientes cariados fueron $0,7 \pm 1,5$, obturados $1 \pm 1,6$ y perdidos $0,1 \pm 3$, números que aumentaron para el COP modificado ($3,2 \pm 3$), además los dientes con caries no cavitacional fueron $1,6 \pm 1,7$. El SiC tradicional fue de $4,3 \pm 2,4$ y el modificado de $6,7 \pm 1,7$. La prevalencia de caries tradicional fue de 23,8 % y modificada 52,4 %. La experiencia de caries tradicional fue de 52,4 % y 66,7 % modificada. Se encontró un índice gingival moderado en el 100 % ($23,51 \pm 24,49$) de los escolares. El 57,1 % de los escolares requerían de medidas preventivas, un 38,1 % de un tratamiento mediato y el 4,8 % restante de un tratamiento inmediato.

DISCUSIÓN

Los hallazgos principales de este estudio dan cuenta de como influyen ciertos determinantes en diferentes contextos, desde factores individuales relacionadas con el estilo de vida, hasta elementos del sistema social, económico y político del país. Los escolares presentaron una higiene bucal deficiente y alta prevalencia de caries y gingivitis. Hasta donde alcanza nuestro conocimiento, este es un primer estudio que evalúa la situación de salud bucal de estos escolares en función del contexto individual, familiar y social en Colombia.

Se encontraron algunas dificultades y barreras de acceso a la atención odontológica, principalmente por la falta de recursos económicos, resulta contraproducente tener que recurrir a servicios de carácter privado por las dificultades para el acceso oportuno a los servicios públicos. Esto va en consonancia con otra investigación sobre el contexto situacional;⁽⁶⁾ ya que claramente se asocia a las personas que tienen limitación visual con un estado de pobreza, vulnerabilidad y dificultad para acceder a los servicios de salud.

Para la mayoría de los padres encuestados no hay suficientes recursos, programas ni personal calificado y capacitado para la atención de este tipo de pacientes, ya que, al faltar el componente visual, estos niños requieren una atención especial. Esa percepción evidencia que aún existen algunas barreras culturales y de comunicación y falta de habilidades en los profesionales para ofrecer una atención adecuada a niños con discapacidad visual.⁽⁸⁾ No obstante, una buena parte de los padres mencionan que la limitación visual no afecta a los niños en su manera de relacionarse y llevar una vida que consideran normal.

La asociación de menores ingresos económicos con estratos socioeconómicos bajos y una educación media entre la mayoría de los padres encuestados, muestra la situación de salud bucal como el reflejo de condiciones sociales e inequidades presentes en la estructura social y en los servicios de salud en general.^(13,14) Estos datos reflejan que en Colombia las personas de bajos recursos tienen menos posibilidades de adquirir bienes y servicios, por lo cual las condiciones de vida sean

desfavorables y si se habla de una población con una limitación física, puede que sea más compleja la subsistencia.⁽⁶⁾

Las creencias y experiencias de los tutores son transmitidos a los escolares con un enfoque morbicéntrico, corroborado cuando ambas partes hacen referencia a que una boca sana es aquella con ausencia de caries, cálculos y adecuada higiene; los problemas bucales se dan por la falta de cepillado y en el cuidado bucal, en el que destaca el correcto cepillado y el uso de la seda para los dientes y, en menor proporción, encías. Este último dato resulta interesante, debido a que pocas personas precisaron como parte del cuidado bucal la visita al odontólogo y la alimentación, lo cual demuestra que el entorno familiar participa en la construcción de una barrera cultural. Como una condicionante, la limitación visual afecta el cuidado bucal, porque al menor se le dificulta aprender a cepillarse, por lo cual necesitan ser revisados, en su mayoría, por algún familiar. Lo anterior refleja una perspectiva limitada de la boca, sus enfermedades y cuidado, por ello, se requiere hacer de la educación para la salud un proceso continuo e integral, en el que se involucre y haga partícipes al menor y sus cuidadores.

El contexto individual caracterizó el tipo de discapacidad visual y valoró la condición bucal, donde la caries, de acuerdo con el *IV Estudio nacional de salud bucal en Colombia*, sigue siendo la principal causa de morbilidad bucal asociada al principal factor etiológico: la higiene bucal deficiente. Esto, en realidad, no concuerda con los resultados de esta investigación, en los cuales se reporta la generalizada utilización del cepillo y crema dental; empero se corresponde con la inadecuada técnica de cepillado que se observó, lo que es, asimismo, coherente con el supuesto de que la limitación visual repercute directamente en la higiene bucal. Además, los resultados van en consonancia con la literatura científica internacional, evidenciando su vulnerabilidad en términos epidemiológicos y sociales.^(1,3,5,7,8,9)

Como limitaciones de este estudio se detectó que el diseño muestral no permite hacer generalizaciones sobre toda la población. No obstante, evidencia las características de un grupo social del cual no se encuentra abundante referencia en el contexto latinoamericano. Además, la poca voluntariedad y participación de

los escolares y padres influyó en la reducción del tamaño de la muestra. El acompañamiento de la institución y sus docentes, la calibración de los instrumentos de recolección de datos y la prueba piloto, fueron las principales fortalezas del estudio, debido al aprendizaje de medidas de abordaje para su atención, con énfasis en la relación sobre la intervención y el entrenamiento de los evaluadores para ser más eficaces en la recolección de datos.

En conclusión, los escolares con limitación visual presentan pobre salud bucal, por cuanto se detectó presencia de gingivitis y prevalencia alta de caries, de acuerdo al Sic, lo que está asociado al mal control de biopelícula dental. Lo anterior, influenciado por aquellos determinantes de su contexto social y familiar, donde las principales barreras se identifican en la posición social (ocupación, ingresos, educación), repercute directamente en la situación de salud bucal. Por ello, es necesario abordar este tipo de población desde un enfoque participativo, continuo e integral, que empodere a sus cuidadores y busque transformar y rehacer sus prácticas a través de la promoción de la salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Giraldo Zuluaga MC, Martínez Delgado CM, Cardona Gómez N, Gutiérrez Pineda JL, Giraldo Moncada KA, Jiménez Ruíz PM. Manejo de la salud bucal en discapacitados. Rev CES Odont. 2017 [acceso: 10/01/2018]; 30(2):23-36. Disponible en: <http://revistas.ces.edu.co/index.php/odontologia/articulo/view/4611>
2. Pérez Serrano ME, Limeres Posse J, Fernández Feijoo J. Manual de higiene oral para personas con discapacidad. 2012. Santiago de Compostela, España: Universidad de Santiago de Compostela, Idea Gráfica Profesional; 2012. [acceso: 05/04/2016]. Disponible en: http://iadh.org/wp-content/uploads/2014/06/manual_higiene_oral.pdf
3. Sharma A, Arora R, Kenchappa M, Bhayya DP, Singh D. Clinical evaluation of the plaque-removing ability of four different toothbrushes in visually impaired children. Oral Health Prev Dent. 2012 [acceso: 10/01/2018]; 10(3):219-24. Disponible en: <https://ohpd.quintessenz.de/index.php?doc=abstract&abstractID=28517>
4. Colombia. Ministerio de Salud. Minsalud. Bogotá: Minsalud; 2014 [actualizado: 2014; acceso: 05/02/2017]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENSAB-IV-Situacion-Bucal-Actual.pdf>
5. Bekiroglu N, Acar N, Kargul B. Caries experience and oral hygiene status of a group of visually impaired children in Istanbul, Turkey. Oral Health Prev Dent. 2012 [acceso: 10/02/2017]; 10(1):75-80. Disponible en: <https://ohpd.quintessenz.de/index.php?doc=abstract&abstractID=25701>
6. Moreno Angarita M, Rubio Viscaya S. Realidad y contexto situacional de la población con limitación visual

en Colombia: una aproximación desde la justicia y el desarrollo humano. Bogotá D. C.: Instituto Nacional para Ciegos (INCI)- Universidad Nacional de Colombia; 2012 [acceso: 05/04/2016]. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Marisol_Moreno-Angarita/publication/289263442_Realidad_y_contexto_de_la_situacion_social_de_la_Discapacidad_Visual_en_Colombia/links/568b20f508ae1975839dc4b7/Realidad-y-contexto-de-la-situacion-social-de-la-Discapacidad-Visual-en-Colombia.pdf

7. Leal Rocha L, Vieira de Lima Saintrain M, Pimentel Gomes Fernandes Vieira-Meyer A. Access to dental public services by disabled persons. BMC Oral Health. 2015 [acceso: 15/02/2017]; 15:35. Disponible en: <https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12903-015-0022-x>

8. ALSadhan SA, Al-Jobair AM, Bafaqeeh M, Abusharifa H, Alagla M. Dental and medical health status and oral health knowledge among visually impaired and sighted female schoolchildren in Riyadh: a comparative study. BMC Oral Health. 2017 [acceso: 15/03/2018]; 17(1):154. Disponible en: <https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12903-017-0446-6>

9. Acil D, Ayaz S. Screening of Visually Impaired Children for Health Problems. Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci). 2015 [acceso: 15/03/2018]; 9(4):285-90. Disponible en: [https://www.asian-nursingresearch.com/article/S1976-1317\(15\)00079-1/fulltext](https://www.asian-nursingresearch.com/article/S1976-1317(15)00079-1/fulltext)

10. Martínez Abreu J, Castell-Florit Serrate P, Llanes Llanes E, Morales Aguiar DR, Sánchez Barrera O. Componente bucal y determinantes sociales en el análisis de la situación de salud. Rev Cubana Estomatol. 2015 [acceso: 18/07/2019]; 52(Suppl). Disponible en: <http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/798>

11. Mungi Castañeda S, Perona Miguel de Priego G. Estrategia de salud bucal para niños con discapacidad visual. Revista Científica Odontológica. 2016 [acceso: 18/04/2018]; 4(1):418-22. Disponible en: <http://revistas.cientifica.edu.pe/index.php/odontologia/article/view/240>

12. World Health Organization. Oral Health Surveys: Basic Methods. 5th Ed. Geneva: World Health Organization; 2013.

13. Rocha-Buelvas A. Análisis sobre el acceso a los servicios de la salud bucal: un indicador de equidad. Rev Gerenc Polit Salud. 2013 [acceso: 18/02/2018]; 12(25):96-112. Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/7130>

14. Foley M, Akers HF. Does poverty cause dental caries? Aust Dent J. 2018 [acceso: 18/02/2019]; 64(1):96-102. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/adj.12666>

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen conflictos de interés.

Contribuciones de los autores

Conceptualización e idea, conservación de datos, análisis formal, adquisición de fondos, investigación, metodología, administración del proyecto, recursos, validación, visualización, redacción borrador original, revisión y edición: Leidi Yuliana Ramírez Martínez, Cristian David Londoño Oquendo, Wilmar Andrés Pineda Arango, Jhovani Aguirre Mejía.

Análisis formal, adquisición de fondos, metodología, recursos, supervisión, redacción borrador original, revisión y edición: Andrés Alonso Agudelo Suárez.

Recibido: 23/07/2019

Aceptado: 08/10/2019

Publicado: 30/09/2020



Este artículo de *Revista Cubana de Estomatología* está bajo una licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 4.0. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, *Revista Cubana de Estomatología*.