UNIVERSIDAD FINIS TERRAE

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Desigualdades e inequidades en salud bucal en Chile y Latinoamérica: Determinantes sociales y acceso a la atención. Revisión narrativa sistematizada.

SOFÍA BISAMA AYALA
TAYS VILCHES VERA

Tesis presentada a la Facultad de Odontología de la Universidad Finis Terrae, para optar al título de cirujano dentista.

Profesor Guía: Nicolás Ponce Ibáñez

Co - tutor: Patricia Moya Rivera

Santiago, Chile

2025

AGRADECIMIENTOS

A nuestras familias, por acompañarnos en este proceso de estudio y todo el sacrificio que ello implicó. Por el apoyo diario, por su paciencia, amor y comprensión en los momentos de mayor presión y por ayudarnos a mantenernos enfocadas en lo esencial. Muchas de las cosas que logramos fueron posibles gracias a ellos, incluso cuando no se veía tan claramente.

A nuestras amigas, por su presencia constante y desinteresada, por compartir momentos de aflicción, incertidumbre, pero también momentos llenos de risas y recuerdos que perdurarán en el tiempo. Gracias por mantener vínculos que siguieron firmes a pesar de los tiempos distintos que cada una llevaba.

A nuestros tutores y docentes, por su orientación y por el trabajo dedicado en cada etapa de nuestra formación. Valoramos genuinamente el tiempo y la guía recibida.

Por último, pero no menos importante, queremos agradecernos a nosotras mismas, por creer en nosotras, por hacer todo el trabajo duro, por no rendirnos.

RESUMEN

Introducción:
Las desigualdades e inequidades en salud bucal representan un desafío persistente en Chile y Latinoamérica, reflejando la influencia de los determinantes sociales sobre las oportunidades de prevención y tratamiento.

Objetivo:
Revisar la evidencia disponible sobre desigualdades e inequidades en salud bucal y cómo afectan los determinantes sociales en el acceso a la atención en Chile y Latinoamérica.

Metodología:
Se realizó una revisión narrativa sistematizada entre marzo y junio de 2025 en las bases de datos PubMed, B-on y SciELO. Se emplearon las estrategias de búsqueda ["salud bucal" AND "desigualdades en salud" OR "inequidades en salud"] y [("Oral Health"[Mesh]) AND "Health Status Disparities"[Mesh] OR "Health Equity"[Mesh)]. De un total de 9528 registros identificados (PubMed: 5687; SciELO: 1322; B-on: 2519), se seleccionaron 71 artículos tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión.

Resultados:
Los estudios revisados muestran que las desigualdades en salud bucal persisten en todos los grupos etarios y países analizados. Factores como el nivel educativo, los ingresos, el territorio y la pertenencia étnica influyen significativamente en la prevalencia de enfermedades orales y en el acceso a atención odontológica. El modelo de Lalonde permitió evidenciar que la biología humana, los estilos de vida, el ambiente y la organización de los servicios actúan de forma interdependiente, reforzando las inequidades estructurales.

Conclusión:
Las desigualdades en salud bucal en Latinoamérica son el reflejo de un sistema que aún distribuye de manera inequitativa las oportunidades de salud. Abordarlas requiere políticas intersectoriales que integren salud, educación y desarrollo territorial, promoviendo una visión integral orientada hacia la equidad y la justicia social.

Palabras clave: Desigualdades en salud bucal; Inequidades en salud; Determinantes sociales; Modelo de Lalonde; América Latina; Salud pública odontológica

ABSTRACT

Introduction:
Inequalities and inequities in oral health represent a persistent challenge in Chile and Latin America, reflecting the influence of social determinants on opportunities for prevention and treatment.

Objective:
To review the available evidence on inequalities and inequities in oral health and how social determinants affect access to care in Chile and Latin America.

Methodology:
A systematic narrative review was conducted between March and June 2025 in the PubMed, B-on, and SciELO databases. The search strategies [“oral health” AND “health inequalities” OR “health inequities”] and [(“Oral Health”[Mesh]) AND “Health Status Disparities”[Mesh] OR “Health Equity”[Mesh)] were used. From a total of 9,528 records identified (PubMed: 5,687; SciELO: 1,322; B-on: 2,519), 71 articles were selected after applying the inclusion and exclusion criteria.

Results:
The studies reviewed show that oral health inequalities persist across all age groups and countries analyzed. Factors such as educational level, income, territory, and ethnicity significantly influence the prevalence of oral diseases and access to dental care. Lalonde's model showed that human biology, lifestyles, the environment, and the organization of services act interdependently, reinforcing structural inequalities.

Conclusion:
Oral health inequalities in Latin America reflect a system that still distributes health opportunities unequally. Addressing them requires intersectoral policies that integrate health, education, and territorial development, promoting a comprehensive vision oriented toward equity and social justice.

Keywords:
Oral health inequalities; Health inequalities; Social determinants; Lalonde model; Latin America; Public dental health

1. INTRODUCCIÓN 6

2. MARCO TEORICO 7

2.1 El modelo de Lalonde: una nueva mirada a la salud 8
2.2 El modelo de Dahlgren y Whitehead: una visión ecológica y estructural 9
2.3 La OMS y los determinantes sociales: una mirada global y política 10
2.4 Análisis comparativo e integración conceptual 13

3. OBJETIVOS 15

3.1 Objetivo general: 15

4. METODOLOGÍA 15

4.1 Criterios de inclusión: 16
4.2 Criterios de exclusión: 16
4.3 Posibles sesgos presentes en este estudio: 16

5. RESULTADOS 16

5.1 Estrategia de selección. 16
5.2 Tabla 1. Resumen de resultados de artículos incluidos 17

6. DISCUSIÓN 32

7. CONCLUSIÓN 36

8. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS 37

1. INTRODUCCIÓN

La salud bucal constituye un componente esencial en el bienestar general de todas las personas. Su impacto se manifiesta en aspectos fundamentales de la vida cotidiana, como la alimentación, la comunicación, la interacción social y la forma en que percibimos nuestra propia imagen, afectando así componentes emocionales, funcionales, sociales y laborales. No se trata únicamente de la presencia o ausencia de enfermedad, sino del grado en que la salud oral permite a las personas desenvolverse con comodidad, funcionalidad y confianza en sus entornos familiares, laborales y comunitarios. Por ello, su abordaje desde una perspectiva amplia resulta indispensable para el diseño de políticas públicas efectivas y centradas en las necesidades reales de la población (1).

A lo anterior se suma que la evidencia científica ha consolidado el vínculo entre salud oral y salud sistémica, demostrando su estrecha relación con diversas patologías como la diabetes, enfermedades cardiovasculares o respiratorias. Esta interrelación ha permitido posicionar a la salud bucal como un componente clave dentro de los enfoques de salud integral. De este modo, mantener una buena salud oral no solo previene afecciones locales, sino que también puede contribuir a evitar o mitigar el desarrollo de enfermedades crónicas (2). Esto resalta aún más su relevancia en el ámbito de la salud pública, destacando la necesidad de que su promoción y atención estén debidamente integradas a los sistemas de salud (3).

No obstante, y pese a su significativa importancia, en Chile y en el resto de países de Latinoamérica persisten profundas inequidades y desigualdades arraigadas en los sistemas de salud. Estas se manifiestan en el desigual acceso a tratamientos, en la distribución territorial de profesionales de la salud bucal y en la limitada cobertura pública frente a una demanda creciente (4). Factores como el nivel educativo, ingreso económico, lugar de residencia o la pertenencia a determinados grupos étnicos o sociales pueden condicionar no solo el estado de salud oral de las personas, sino también sus posibilidades de recibir un acceso oportuno, de calidad y equitativo a la atención dental (3).

En este escenario resulta urgente y necesario comprender cómo los determinantes sociales de la salud inciden en la configuración de estas desigualdades, y de qué forma las políticas públicas actuales abordan o, en algunos casos perpetúan condiciones de injusticia que afectan la salud de millones de personas (5).

La presente revisión busca contribuir a esta discusión, explorando las principales experiencias de desigualdad e inequidad en Chile y Latinoamérica, y analizando el impacto de los determinantes sociales en salud y las condiciones de acceso a la atención. Con ello, se busca visibilizar la necesidad de avanzar hacia sistemas más equitativos e inclusivos.

2. MARCO TEORICO

El término desigualdad en salud hace referencia, en sentido amplio, a las diferencias observables en los niveles de salud entre individuos, grupos sociales o poblaciones. Estas diferencias pueden expresarse en indicadores como la esperanza de vida, la prevalencia de enfermedades, el acceso a servicios sanitarios o la calidad de vida relacionada con la salud. Desde un punto de vista estrictamente descriptivo, cualquier variación cuantificable en estos aspectos puede ser considerada una desigualdad en salud, sin emitir un juicio moral o ético sobre su origen o legitimidad (6).

Sin embargo, no todas las desigualdades son moralmente problemáticas. Algunas pueden estar vinculadas a factores biológicos o genéticos, como la mayor prevalencia de determinadas enfermedades en uno u otro sexo, o a diferencias inevitables relacionadas con la edad. En este sentido, la inequidad en salud representa una categoría más específica y normativamente cargada. Una inequidad en salud es aquella desigualdad que se considera evitable, innecesaria e injusta, dado que surge de condiciones sociales, económicas o políticas que podrían modificarse con voluntad y acción colectiva (7).

Cuando ciertos grupos sociales —definidos por criterios como el origen étnico, el nivel socioeconómico, el género, la religión o el lugar de residencia— presentan peores condiciones de salud debido a la falta de acceso a servicios, recursos o condiciones de vida adecuadas, se está ante una inequidad. Este tipo de diferencias no solo revelan un problema técnico o sanitario, sino que ponen de manifiesto fallas estructurales en la distribución del poder, los recursos y las oportunidades, elementos clave en la determinación social de la salud (8).

La diferencia fundamental entre desigualdad e inequidad radica, por tanto, en el juicio de valor que se aplica a la diferencia observada. Mientras que la desigualdad se limita a describir un fenómeno, la inequidad le añade una calificación, considerándolo injusto y éticamente inaceptable. Esta distinción es clave para las políticas públicas, ya que orienta las intervenciones hacia la corrección de injusticias sociales más que a la mera observación de diferencias estadísticas.

Desde una perspectiva de derechos humanos, las inequidades en salud constituyen un desafío especialmente grave. Las Naciones Unidas y la Organización Mundial de la Salud han reiterado que el derecho a la salud implica no solo el acceso a servicios sanitarios, sino también la garantía de que todas las personas puedan vivir en condiciones que favorezcan su bienestar físico, mental y social (9). Cuando las disparidades sanitarias se reproducen de forma sistemática a lo largo del tiempo —y afectan consistentemente a los mismos grupos sociales vulnerables—, no pueden considerarse neutras ni accidentales, sino que constituyen una violación del principio de justicia social (10).

Asimismo, las inequidades en salud reflejan y perpetúan otras formas de desigualdad estructural, como la pobreza, la discriminación, la marginación o la exclusión social (11). En este sentido, actuar frente a ellas no solo representa una obligación ética, sino también una necesidad política y estratégica para construir sociedades más equitativas, cohesionadas y sostenibles. Abordar las causas profundas de estas inequidades requiere intervenciones multisectoriales, cambios en las políticas

económicas y sociales, y una firme voluntad de transformación estructural por parte de los Estados y la comunidad internacional (10).

En conclusión, comprender la diferencia entre desigualdad e inequidad en salud no es solo un ejercicio conceptual, sino una herramienta fundamental para el diseño de políticas públicas justas y eficaces. Reconocer que no todas las diferencias son aceptables, y que muchas de ellas son evitables y moralmente condenables, constituye el primer paso para avanzar hacia un mundo donde la salud sea verdaderamente un derecho universal y no un privilegio condicionado por el origen social (7).

En las últimas décadas, la comprensión de la salud ha trascendido el enfoque tradicional biomédico, dando paso a una mirada más amplia e interdisciplinaria que reconoce la influencia de múltiples factores sociales, económicos, culturales y políticos en el bienestar humano. En este contexto, distintos marcos conceptuales han surgido con el objetivo de explicar cómo estas variables configuran las condiciones de salud de las personas y las poblaciones. Entre los más influyentes se encuentran el modelo de los campos de salud de Marc Lalonde (1974), el modelo de capas concéntricas de Dahlgren y Whitehead (1991) y la perspectiva de los determinantes sociales de la salud promovida por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

2.1 El modelo de Lalonde: una nueva mirada a la salud

El Informe Lalonde, publicado por el gobierno de Canadá en 1974, fue pionero en introducir un enfoque que ampliaba la responsabilidad de la salud más allá del sistema sanitario (12). En él, Lalonde identificó cuatro grandes campos que influyen en la salud: la biología humana, el estilo de vida, el medio ambiente y la organización de los servicios de salud.

Este modelo fue clave al evidenciar que el sistema sanitario, aunque relevante, no es el principal determinante del estado de salud de la población. De hecho, Lalonde propuso que políticas públicas orientadas a mejorar los estilos de vida y el entorno podrían tener un impacto mayor y más sostenible en la salud colectiva. Su enfoque abrió el camino para el desarrollo de estrategias centradas en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, en lugar de la simple atención curativa (12).

Sin embargo, a pesar de esta clara perspectiva, la mayor parte del presupuesto destinado al sistema de salud sigue concentrando en la atención médica y el funcionamiento de los servicios de salud, y apenas alrededor del 10%, según algunos estudios (13), se destina a intervenciones orientadas a la promoción y prevención de la salud. En contraste, la mayor parte de recursos se concentra en la organización, gestión y atención curativa o rehabilitadora. Esta distribución dificulta que las políticas públicas puedan abordar de forma efectiva las causas profundas de las enfermedades, especialmente las crónicas no transmisibles, que son altamente sensibles a factores sociales y de comportamiento. Por lo tanto, redirigir fondos hacia estrategias que promuevan estilos de vida saludables y mejoren las condiciones sociales podría generar beneficios más duraderos, así como una reducción significativa de las enfermedades y, con ello, disminuir la necesidad de tratamientos rehabilitadores más complejos.

2.2 El modelo de Dahlgren y Whitehead: una visión ecológica y estructural

En 1991, Göran Dahlgren y Margaret Whitehead propusieron un modelo conceptual ampliamente reconocido en el ámbito de la salud pública: el modelo de los determinantes sociales de la salud, también conocido como el modelo de “la cebolla” por su representación gráfica en capas concéntricas (14). Esta herramienta parte del individuo y lo sitúa en un contexto social y ambiental más amplio, permitiendo visualizar cómo diversos factores interactúan para influir en la salud de las personas y las comunidades.

En el núcleo del modelo se encuentran las características personales (como la edad, el sexo y los factores genéticos), rodeadas por los estilos de vida individuales, los cuales, aunque atribuibles a decisiones personales, están fuertemente condicionados por factores sociales, económicos y culturales. En una capa intermedia se sitúan las redes sociales y comunitarias, que ofrecen apoyo emocional y material, así como mecanismos de integración social. Posteriormente, se destacan las condiciones materiales de vida, como el empleo, la educación, la vivienda y el acceso a servicios esenciales. Finalmente, en la capa más externa, se incluyen las condiciones económicas, culturales y ambientales generales, que abarcan las políticas públicas, los sistemas de protección social, el entorno económico y los valores predominantes en una sociedad (14,15).

Este modelo destaca por su enfoque holístico y estructural, al considerar que las desigualdades en salud no solo derivan de elecciones individuales, sino también de las condiciones sociales y económicas en las que dichas decisiones se toman. Así, se convierte en una herramienta fundamental para el diseño de intervenciones que promuevan la equidad en salud, al permitir actuar sobre múltiples niveles, desde lo individual hasta lo estructural (15).

En este sentido, el modelo de Dahlgren y Whitehead se diferencia significativamente del modelo propuesto por Marc Lalonde en 1974. Si bien este último fue pionero al plantear que la salud no depende exclusivamente del sistema sanitario, y al introducir los determinantes como la biología humana, los estilos de vida, el medio ambiente y la organización de los servicios de salud, su enfoque tiende a centrarse en la responsabilidad individual. Aunque reconoce factores externos al sistema sanitario, el modelo de Lalonde no profundiza en las estructuras sociales que condicionan las oportunidades de salud. En contraste, el modelo de Dahlgren y Whitehead amplía este marco al incorporar explícitamente los determinantes sociales estructurales, subrayando que las condiciones de vida y trabajo, el apoyo social y el contexto político-económico influyen de manera decisiva en la salud poblacional (14,15).

En la actualidad, el modelo de Dahlgren y Whitehead mantiene plena vigencia en investigaciones sobre equidad, justicia social y políticas públicas, y ha sido adoptado por organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud. Su enfoque integral resulta clave para comprender y abordar las desigualdades sociales en salud desde una perspectiva multisectorial y centrada en los determinantes estructurales (10,15,16).

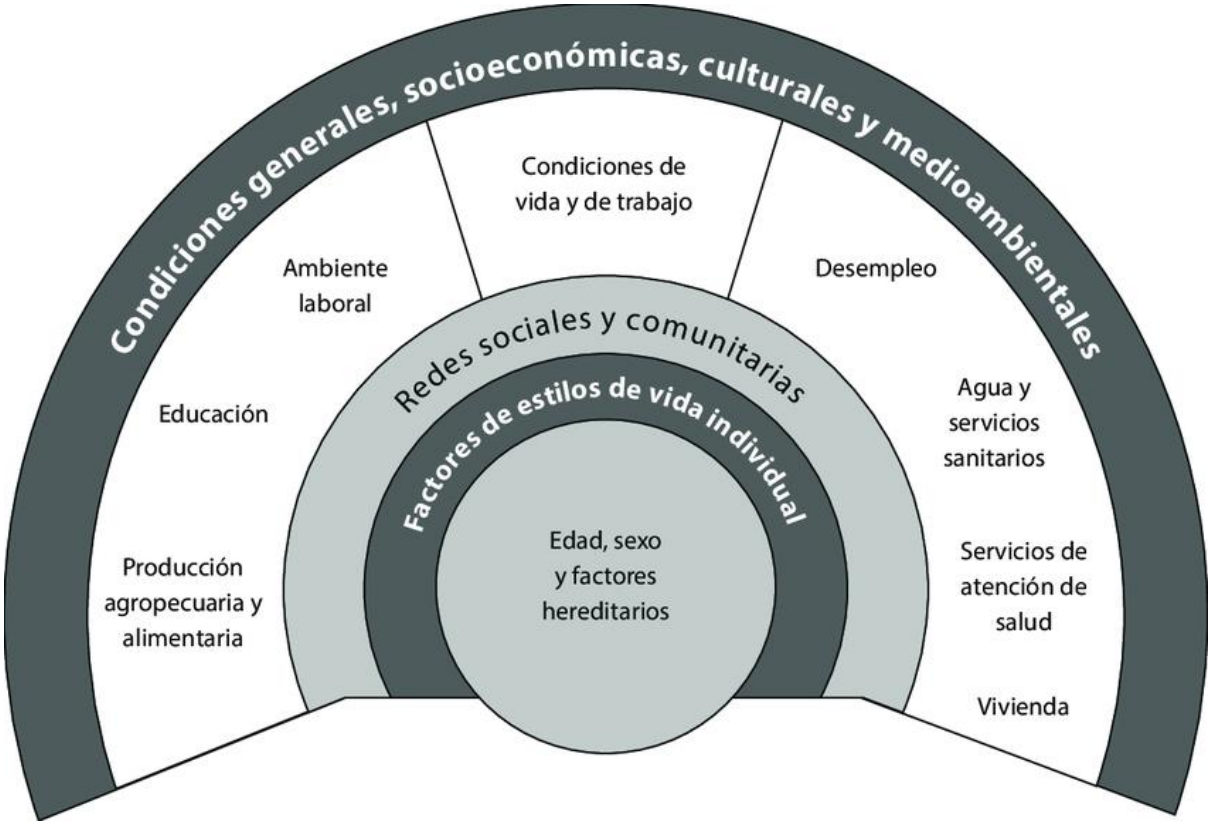


Figura 1. Esquema de modelo de los determinantes sociales de la salud. Fuente: Dahlgren y Whitehead.

2.3 La OMS y los determinantes sociales: una mirada global y política

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha adoptado y profundizado el enfoque de los determinantes sociales de la salud, especialmente desde la publicación del informe de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud en 2008, titulado "*Cerrar la brecha en una generación"*. En este documento, la OMS define los determinantes sociales como las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, las cuales están profundamente influenciadas por la distribución del poder, los recursos y las oportunidades, determinada a su vez por sistemas económicos, sociales y políticos (17) .

La OMS distingue entre determinantes estructurales y determinantes intermedios.

- Los determinantes estructurales se refieren a los factores que configuran la posición socioeconómica de las personas en la sociedad. Entre ellos se encuentran el nivel de ingreso, el acceso a la educación, la situación laboral, el género, la etnicidad, y las políticas públicas y económicas vigentes. Estos elementos determinan el acceso a recursos fundamentales y establecen las jerarquías sociales que influyen en las oportunidades vitales. Por ejemplo, una persona con bajos ingresos o escasa educación puede enfrentar mayores barreras para acceder a atención médica de calidad, obtener un empleo estable o vivir en un entorno saludable, lo que repercute directamente en sus condiciones de vida y su salud. Estos factores no solo establecen diferencias entre sociedades, sino que crean un gradiente de salud en la población. Las

personas en estratos sociales más bajos, enfrentan mayores obstáculos para acceder a recursos esenciales, como atención de salud de calidad, empleo digno, educación superior o, entornos seguros (17): Por ejemplo: las personas con menor nivel educativo suelen tener menos acceso a la información sobre salud, menor capacidad de tomar decisiones informadas y peores oportunidades laborales, lo que los lleva a obtener empleos inseguros, mal remunerados o condiciones de trabajo riesgosas que los llevan a una exposición mayor a accidentes laborales, enfermedades crónicas o estrés prolongado (16). Otro ejemplo es que el género o la etnicidad también te condicionan a enfrentar una discriminación estructural en donde se limitan las posibilidades de acceder en igualdad de condiciones a los sistemas de salud, educación o empleo (18).

- Los determinantes intermedios son el resultado de la posición social estructural y se manifiestan en condiciones más inmediatas que afectan directamente la salud de las personas. Estos incluyen las condiciones materiales de vida (como la calidad de la vivienda, el acceso a agua potable, la alimentación y el saneamiento), los entornos psicosociales (estrés crónico, inseguridad, violencia o discriminación), los estilos de vida (hábitos relacionados con el consumo de sustancias, actividad física, alimentación, etc.) y el acceso efectivo y equitativo a los servicios de salud (16). Estos determinantes intermedios no se presentan de forma aislada, sino que interactúan entre sí y con los determinantes estructurales, amplificando o mitigando su impacto (19).

En el caso de la salud bucal, esta interacción es particularmente evidente. Por ejemplo, vivir en un hogar precario, sin acceso a agua potable y poco acceso a alimentos saludables puede favorecer el consumo frecuente de productos ultra procesados y azucarados, lo que aumenta significativamente el riesgo de caries dental. Si a esto se suma una falta de educación en salud bucal y dificultades para acceder a servicios odontológicos preventivos, se incrementa la probabilidad de que las enfermedades bucales avancen sin tratamiento, afectando la calidad de vida, autoestima y la capacidad para alimentarse adecuadamente (4).

Este marco conceptual permite analizar cómo la inequidad estructural produce los llamados gradientes sociales de salud, un fenómeno ampliamente documentado que se refiere a la existencia de una relación proporcional entre la posición social de una persona y su estado de salud: a medida que se desciende en la escala social, empeoran los indicadores de salud, incluso con pequeñas diferencias en estatus. Así, no se trata solo de que los grupos más desfavorecidos estén en peores condiciones, sino que existe una relación continua entre nivel socioeconómico y salud en toda la población (20).

Este fenómeno está documentado en numerosos estudios a nivel global y local, y muestra que no es suficiente concentrarse en los extremos de la desigualdad (menores y mayores recursos), sino que es necesario abordar toda la escala social (20).

Los determinantes sociales afectan no solo la esperanza de vida, sino también la morbilidad, la salud mental, el desarrollo infantil, la prevalencia de enfermedades crónicas y la mortalidad evitable (10). Por ejemplo, las personas expuestas a condiciones laborales precarias o a viviendas insalubres presentan mayor riesgo de enfermedades respiratorias, cardiovasculares o trastornos de salud mental (20). Del

mismo modo, la falta de acceso a servicios de salud adecuados en sectores rurales o marginalizados puede impedir diagnósticos tempranos y tratamientos oportunos, generando enfermedades prevenibles o complicaciones evitables. Específicamente se ha visto un impacto en:

- Esperanza de vida: las personas con menor nivel socioeconómico viven menos años en promedio (21).
- Morbilidad y mortalidad: hay mayor prevalencia de enfermedades transmisibles y no transmisibles en contextos de pobreza (22)
- Desarrollo infantil: las condiciones familiares y del entorno influyen en la nutrición, el desarrollo cognitivo, y emocional, y el rendimiento escolar de los niños (23).
- Salud bucal: es un ámbito particularmente sensible a las desigualdades, dado que el acceso a atención odontológica depende fuertemente de la capacidad de pago y de la distribución territorial de los servicios (24)

Por lo tanto, este enfoque promueve una visión integral que no se limita al ámbito sanitario, sino que exige intervenciones intersectoriales y transformaciones políticas estructurales que aborden las raíces de la desigualdad. Implica actuar en sectores como la educación, el empleo, la vivienda, el transporte y la seguridad social, con el objetivo de garantizar condiciones de vida dignas para toda la población. El marco propuesto por la OMS insta a los gobiernos y organismos internacionales a adoptar políticas orientadas a la equidad, bajo el principio de que mejorar la salud pública requiere, ante todo, mejorar la justicia social.

Estos cambios requieren voluntad política, participación social, y coordinación entre gobiernos, organismos internacionales, academia y sociedad civil. Mejorar la salud pública implica, ante todo, avanzar a una sociedad más justa y equitativa (10).

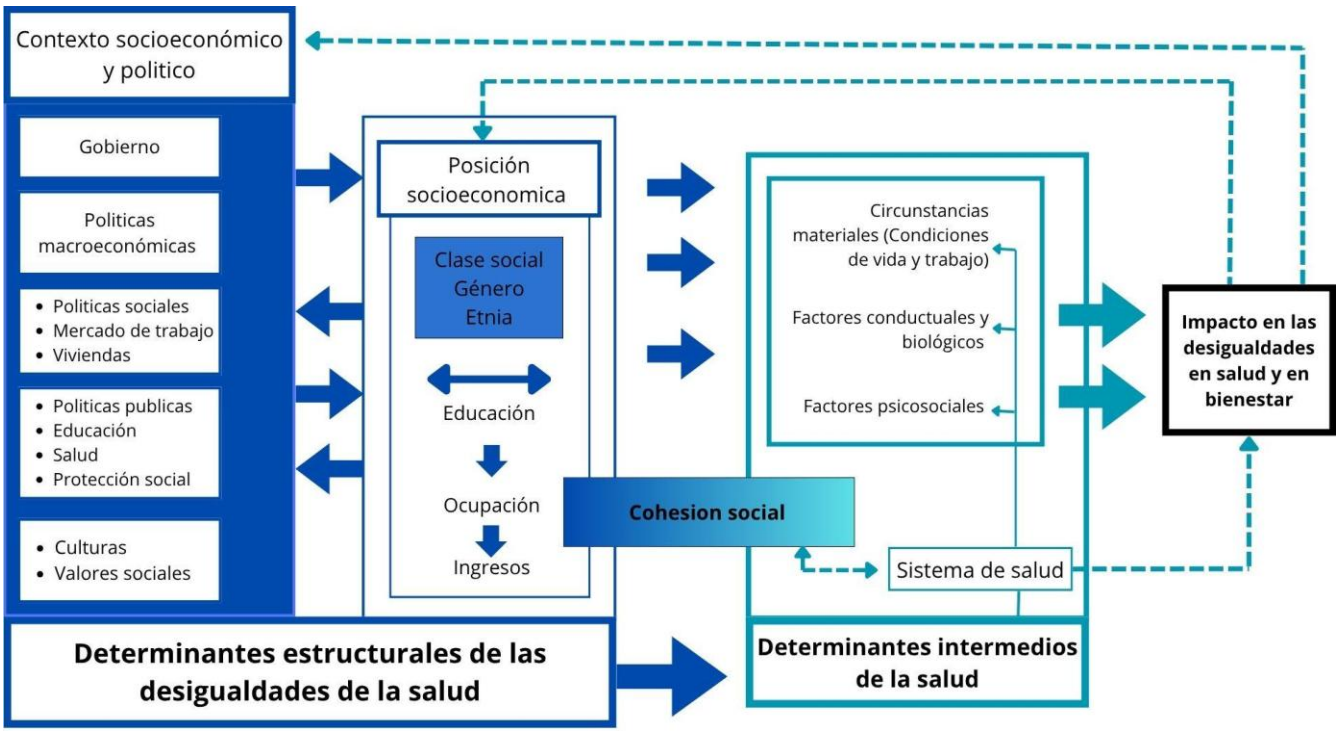


Figura 2. Adaptación propia del Modelo de determinantes sociales de la salud de la OMS (Solar & Irwin, 2007).

2.4 Análisis comparativo e integración conceptual

Los tres modelos presentan similitudes importantes, pero también matices que enriquecen la comprensión del fenómeno. El modelo de Lalonde destaca por su carácter pionero y su enfoque en la responsabilidad individual y ambiental; el de Dahlgren y Whitehead por su estructura analítica y la visibilidad que otorga a los factores sociales; y el enfoque de la OMS por su marco político, orientado a la transformación social y la equidad.

Integrar estos tres modelos permite una lectura más rica del proceso salud-enfermedad. Mientras Lalonde da el primer paso al descentralizar al sistema de salud, Dahlgren y Whitehead complejizan el escenario y visibilizan la influencia de las estructuras sociales. Finalmente, la OMS dota al enfoque de un carácter global, político y ético, al señalar que las desigualdades en salud son injustas y evitables, y que su reducción es una cuestión de derechos humanos.

Desde esta perspectiva, los determinantes sociales no deben entenderse como meros factores externos, sino como condiciones profundamente enraizadas en la organización social, que requieren cambios en políticas públicas, modelos económicos y estructuras de poder para alcanzar poblaciones más sanas, equitativas y sostenibles.

La integración de los enfoques de Lalonde, Dahlgren & Whitehead y la OMS constituye un marco sólido para analizar los procesos de salud y enfermedad desde una mirada sistémica y social. Lejos de ser excluyentes, estos modelos se potencian mutuamente al ofrecer distintos niveles de análisis y acción: individual, comunitario, estructural y global. Esta perspectiva integrada no solo permite comprender mejor los determinantes sociales, sino que también orienta el diseño de políticas públicas más eficaces, justas y sostenibles.

Las enfermedades bucales representan un problema de salud pública ampliamente extendido tanto en Chile como en América Latina, con impactos significativos en la calidad de vida, la nutrición, el rendimiento escolar y laboral, y los costos del sistema sanitario. La caries dental continúa siendo la patología oral más prevalente en todas las edades, especialmente en niños y adultos mayores. En Chile, la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017 reportó que el 99,4% de los adultos mayores de 65 años presentaban experiencia de caries, y una proporción importante presenta lesiones no tratadas, lo que refleja una falta crítica de intervenciones preventivas y curativas oportunas (25, 29). Esta situación se repite a nivel regional, donde la caries afecta a la mayoría de la población infantil y adulta, con altos índices de dientes cariados, perdidos y obturados (índice CPOD) y con escasa cobertura de tratamientos odontológicos públicos (27). El acceso desigual a la atención odontológica, influido por factores económicos, geográficos y educacionales, agrava esta condición.

En paralelo, las enfermedades periodontales, como la gingivitis y la periodontitis, también presentan una alta carga en la región. En Chile, estudios han revelado que la prevalencia de pérdida de inserción clínica (≥ 4 mm) en adultos mayores (65–74 años) es extremadamente alta, alcanzando entre 93 % y 98 %, lo cual confirma que

casi todos presentan enfermedad periodontal moderada o avanzada, lo que refleja una acumulación de daños a lo largo de la vida y la falta de intervenciones odontológicas oportunas (25, 26). Estas patologías no solo amenazan la funcionalidad y el bienestar oral, sino que también se han relacionado con enfermedades sistémicas como la diabetes mellitus tipo 2 y las enfermedades cardiovasculares, evidenciando un impacto que va más allá del ámbito bucal (26).

Una consecuencia directa de la falta de tratamiento de caries y periodontitis es la pérdida de dientes, también conocida como desdentamiento. En Chile, el desdentamiento total o parcial es frecuente en adultos mayores y se vincula a una menor calidad de vida, dificultades en la alimentación, y pérdida de autoestima y habilidades comunicativas (25). Esta condición afecta de manera desproporcionada a personas de bajos ingresos, con baja escolaridad o que viven en zonas rurales, donde el acceso a prótesis dentales o tratamientos de rehabilitación es limitado o inexistente (27).

Otra patología oral relevante, especialmente en adultos mayores, es la aparición de lesiones en la mucosa oral, como la estomatitis subprotésica, que se presenta en el 22,3% de los adultos mayores en Chile y se asocia principalmente al uso prolongado y poco higiénico de prótesis removibles (25, 26). Estas lesiones, aunque en muchos casos son benignas, pueden volverse crónicas y deteriorar la salud general si no se tratan adecuadamente.

En un plano más grave, aunque menos frecuente, se encuentra el cáncer oral, que incluye neoplasias de labios, lengua, encías y otras áreas de la cavidad bucal. En América Latina, la incidencia de cáncer oral está aumentando, particularmente en hombres mayores de 50 años. Sus principales factores de riesgo incluyen el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol, la exposición al sol sin protección (en el caso del cáncer de labio) y la infección por el virus del papiloma humano (VPH) (28). A pesar de su potencial letalidad, el diagnóstico suele realizarse en etapas avanzadas debido a la baja cobertura de tamizajes y a la escasa conciencia pública sobre sus síntomas.

En línea con los marcos expuestos, todas estas patologías comparten una raíz común: la influencia de los determinantes sociales de la salud. Factores como el nivel de ingreso, el grado de escolaridad, la pertenencia a grupos étnicos marginados y la ubicación geográfica condicionan significativamente el acceso a servicios de salud bucal, así como la posibilidad de mantener prácticas de higiene adecuadas y una alimentación saludable. Esta distribución desigual de las enfermedades orales refleja una situación de inequidad estructural, que va más allá del sistema de salud y se entrelaza con políticas sociales, educativas y económicas deficientes. En este sentido, la Organización Mundial de la Salud ha advertido que la salud bucal no puede abordarse de forma aislada, y ha instado a los países a desarrollar estrategias intersectoriales que promuevan la equidad en el acceso y reduzcan la carga de enfermedad (28).

Por tanto, el abordaje de las enfermedades bucales más prevalentes en Chile y América Latina requiere no solo mejorar la cobertura de servicios odontológicos, sino también implementar políticas públicas integrales y sostenibles, que incluyan educación en salud oral desde edades tempranas, fortalecimiento de la atención primaria en salud, regulación del mercado de alimentos y bebidas azucaradas, y

mejora en las condiciones estructurales de vida de los grupos más vulnerables. Estas medidas son especialmente urgentes para abordar las profundas desigualdades en salud bucal que aquejan a la población chilena y latinoamericana, las cuales están ampliamente documentadas en estudios recientes.

Los datos de la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017 evidencian marcadas brechas según nivel socioeconómico y educacional. Por ejemplo, la prevalencia de caries sin tratar es mayor en personas con menos de 8 años, alcanzando un 60,2% respecto a un 48,4% entre quienes poseen más de 12 años de estudio. Asimismo, el edentulismo se presenta con mayor frecuencia en personas con menor nivel educativo, lo que se evidencia en que solo un 6,3% de la población que cursó menos de 8 años de estudio conservan una dentición completa, en contraste con el 49,3% entre quienes alcanzaron 12 o más años de escolaridad (25).

Internacionalmente se observa una tendencia similar en el resto de países de Latinoamérica. Por ejemplo, en Brasil la encuesta nacional de salud reveló que los adultos con educación primaria incompleta tenían más de tres veces mayor probabilidad de autoevaluar su salud bucal como mala en comparación con quienes tenían educación superior. Además, la encuesta de 2019 reportó una prevalencia de edentulismo de un 10,3% predominantemente en personas con menor nivel educativo, bajos ingresos y residencias rurales (30, 31).

Además de la escolaridad, otro determinante social como la geografía juega un rol importante en la salud bucal de Latinoamérica. En México, la encuesta nacional de Salud y nutrición 2018 mostró que la prevalencia de caries y edentulismo es significativamente mayor en comunidades rurales y en población con menores ingresos, evidenciando brechas entre zonas urbanas y rurales (32). De manera similar, en Colombia, estudios similares han reportado que la población en zonas rurales presenta mayores dificultades para acceder a la atención odontológica, correlacionando con mayor prevalencia de caries y pérdidas dentarias (33). En Perú, las diferencias en la prevalencia de enfermedades bucales también se asocian a factores económicos y de residencia, siendo la población rural y de bajos ingresos, la más afectada (34).

Estos datos consolidan con evidencia que las desigualdades e inequidades en la región, están marcadamente influenciada por todos los determinantes sociales.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general:

- Revisar la evidencia disponible sobre desigualdades e inequidades en salud bucal y cómo afectan los determinantes sociales en el acceso a la atención en Chile y Latinoamérica.

4. METODOLOGÍA

Se realizó una revisión narrativa sistematizada en los meses de marzo y junio del 2025 en las bases de datos Pubmed, B-on y Scielo. Para las bases B-on y Scielo se utilizó la llave de búsqueda: ["salud bucal" AND "desigualdades en salud" OR

"inequidades en salud"] y para la base datos Pubmed se utilizó la llave de búsqueda: [("Oral Health"[Mesh]) AND "Health Status Disparities"[Mesh] OR "Health Equity"[Mesh])]

En la selección de artículos relevantes se aplicaron los siguientes criterios:

4.1 Criterios de inclusión:

- Artículos en español, inglés y portugués
- Artículos publicados en los últimos 5 años
- Artículos que describen patologías orales y desigualdades en Chile y Latinoamérica.
- Artículos de texto completo y libre disponibilidad

4.2 Criterios de exclusión:

- Artículos de informe de casos y serie de casos
- Cartas al editor.

Para describir la recolección de datos se utilizó el flujograma PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses).

4.3 Posibles sesgos presentes en este estudio:

- Sesgo de publicación: se da cuando los estudios con resultados positivos tienen más probabilidades de ser publicados que aquellos con hallazgos negativos, lo que puede provocar una sobreestimación de la evidencia.
- Sesgo de disponibilidad: algunos trabajos potencialmente relevantes pueden no haber sido incluidos debido a la falta de acceso completo a su contenido.
- Sesgo de temporalidad: pueden existir investigaciones valiosas fuera del rango de tiempo definido para los criterios de inclusión.
- Sesgo de selección: la representación de ciertas regiones de Latinoamérica podría no ser suficiente para reflejar adecuadamente la situación de todos los países de la región.

5. RESULTADOS

5.1 Estrategia de selección.

La búsqueda realizada entregó un total de 9528 resultados. Específicamente, se encontraron 5687 artículos e PubMed, 1322 en SciELO y 2519 en B-On. Luego de eliminar los duplicados y aplicar los criterios de inclusión y exclusión, se seleccionaron 71 artículos. El diagrama de flujo del proceso de selección de los artículos se muestra en la Figura 1.

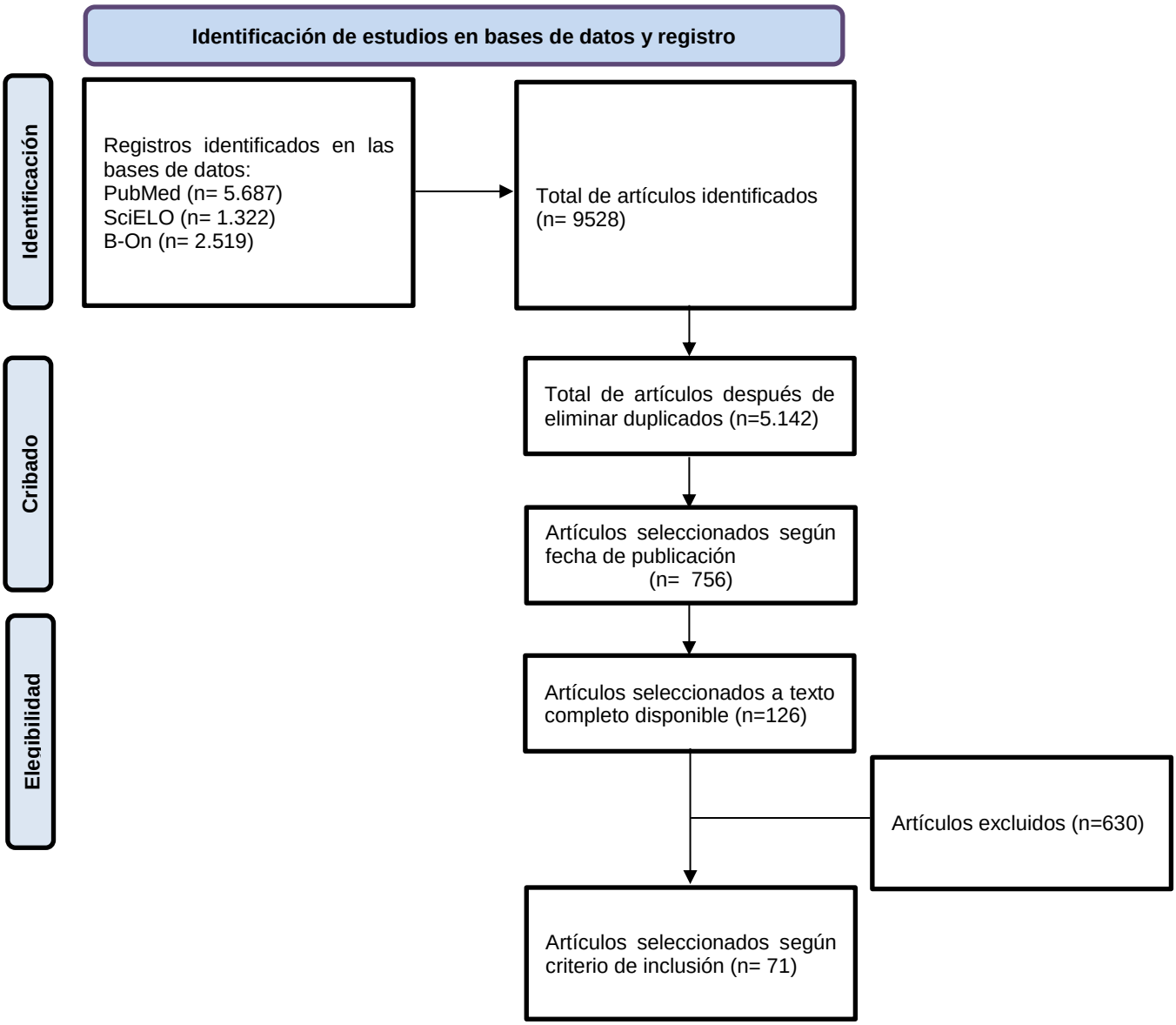


Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA que muestra el proceso de búsqueda y selección de evidencia.

5.2 Tabla 1. Resumen de resultados de artículos incluidos

Autor	Título y año de publicación	Diseño del Estudio	Principales Resultados
Mieres, M. (35)	La dinámica de la desigualdad en Chile: Una mirada regional; 2020.	Transversal Descriptivo	La desigualdad en Chile varía considerablemente entre regiones, con algunas áreas mostrando mayores niveles de pobreza y exclusión. Las disparidades económicas y sociales están fuertemente vinculadas a factores históricos, estructurales y políticos,

			afectando el desarrollo regional.
Ferreira, R. Senna, M. Rodrigues, L. Campos, F. Martins, A. Kawachi, I. (36)	Education and income-based inequality in tooth loss among Brazilian adults: Does the place you live make a difference?; 2020.	Transversal analítico	Los resultados indicaron que los adultos brasileños con menor nivel educativo e ingresos bajos presentaron una mayor probabilidad de pérdida dental, destacando que la región geográfica también afecta el acceso a los servicios de salud bucal. Las disparidades socioeconómicas y regionales contribuyen a un mayor riesgo de pérdida dental, lo que subraya la necesidad de políticas públicas que aborden estas desigualdades en el acceso a la atención dental.
Martinelli, D. Cascaes, A. Frias, A. de Souza, L. Bomfim, R. (37)	Cobertura de equipes de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família e uso de serviços odontológicos em adolescentes de Mato Grosso do Sul, 2019; 2020.	Transversal analítico	El estudio con 615 adolescentes de 12 años mostró que 74% utilizó servicios odontológicos en tres años, mayoritariamente públicos. El uso se relacionó con nivel socioeconómico alto, autodeclararse blanco y consumo de alimentos no saludables. La cobertura Estrategia de Salud Familiar influyó en acceso, frecuencia, tipo de servicio y motivo de atención.
Freire, D. Freire, A. de Lucena, E. Cavalcanti, Y. (38)	Oral health access in Brazil: analysis of inequities and non-access from the service user's perspective, according to the National Primary Care Access and Quality Improvement Program, 2014 and 2018; 2021.	Transversal analítico	El acceso a la salud bucal en Brasil muestra grandes inequidades, especialmente entre diferentes regiones y grupos socioeconómicos. Aunque se observó una mejora en la calidad del servicio, persistieron barreras significativas para acceder a la atención dental.
Costa, F. Wendt, A. Costa, C. Chisini, L. Agostini, B. Neves, R. Flores, T. Correa, M. Demarco, F. (39)	Racial and regional inequalities of dental pain in adolescents: Brazilian National Survey of School Health (PeNSE), 2009 to 2015; 2021.	Transversal analítico	Las desigualdades raciales y regionales en Brasil afectan la prevalencia del dolor dental en adolescentes. Los jóvenes de grupos raciales desfavorecidos y de regiones con menor desarrollo económico reportaron mayores niveles de dolor dental, evidenciando disparidades en el acceso a atención.

Darley, R. Karam, S. Dos Santos Costa, F. Correa, M. Demarco, F. (40)	Association between dental pain, use of dental services and school absenteeism: 2015 National School Health Survey, Brazil; 2021.	Transversal analítico	El dolor dental en estudiantes brasileños está relacionado con un mayor ausentismo escolar y un uso limitado de servicios dentales. Los adolescentes con dolor dental frecuente tienden a faltar más a clases, lo que afecta su rendimiento académico.
Fleites, T. Gispert, E. Quintero, E. Castell-Florit, P. Blanco, N. (41)	Necesidades educativas sobre salud bucodental en el grado preescolar; 2021.	Transversal descriptivo	Los niños en el grado preescolar tienen necesidades educativas significativas sobre salud bucodental. Los resultados sugieren que es crucial implementar programas educativos enfocados en la prevención de enfermedades bucales desde una edad temprana para mejorar los hábitos de higiene dental.
González, R. Vázquez, J. Rosales S, Rodríguez, S. Solar, O. (42)	Determinantes sociales en la salud bucal de adultos mayores. Municipio Plaza de la Revolución; 2021.	Transversal analítico	Los determinantes sociales, como el nivel educativo, el ingreso y las condiciones de vida, influyen significativamente en la salud bucal de los adultos mayores en el municipio Plaza de la Revolución. La falta de acceso a servicios dentales agrava estas desigualdades.
Bobadilla, D. Castillo,G. Ramírez, S. Araya, C. León, R. del Castillo, C. (43)	Caries dental y determinantes sociales de salud en niños de establecimientos educativos de los distritos de Canchaque y San Miguel de El Faique, provincia de Huancabamba, región de Piura, Perú, 2019; 2021.	Transversal analítico	La caries dental en niños de los distritos de Canchaque y San Miguel de El Faique está fuertemente influenciada por determinantes sociales como el bajo nivel socioeconómico, la educación de los padres, y la escasa disponibilidad de servicios de salud bucal. Estos factores contribuyen significativamente al mal estado de salud bucal en la población infantil.
Maldonado, L. Misnaza, S. Castañeda, C. (44)	Desigualdades en el control odontológico prenatal en Colombia, un análisis a partir del IV Estudio Nacional de Salud Bucal, 2013-2014; 2021.	Transversal descriptivo	El estudio reveló desigualdades significativas en el acceso y control odontológico prenatal en Colombia. Las mujeres en áreas rurales y con menor nivel socioeconómico tuvieron menos acceso a atención odontológica, lo que impactó negativamente en su salud bucal y en la de sus hijos.

Medeiros, E. Soares, MFS, Rebouças, DGC. Matos Neta, MNC. Silva, SYB. Pinto, ESG. (45)	Ações executadas no Programa Saúde na Escola e seus fatores associados; 2021.	Transversal analítico	La evaluación de salud bucal fue la acción más frecuente (50,5%). Las acciones se asociaron con ubicación territorial y características del personal de salud escolar, mostrando diferencias en la implementación del programa según contexto
Castro, I. Torrecilla, R. Hernández, Y. Yero, I. Pérez, I. (46)	Situación de salud bucal en un consultorio médico de la familia. Área Centro, Sancti Spíritus; 2021.	Transversal descriptivo	El estudio reveló que predominó el sexo femenino y el grupo de edad de 25 a 59 años. Los factores de riesgo más comunes fueron la higiene bucal deficiente, la dieta cariogénica y el tabaquismo. La caries dental fue la enfermedad más prevalente.
Batista, C. do Amaral, RM. Herrera, B. do Amaral RC. (47)	Autopercepción y condición de salud bucal en el anciano; 2021.	Transversal descriptivo	En Brasil, la salud bucal ha sido abordada integralmente con programas como Brasil Sonriente. Sin embargo, en Aracaju, el servicio de prótesis es limitado y los pacientes tienen una baja autopercepción de su salud bucal, con prótesis mal adaptadas y suciedad, lo que afecta su calidad de vida.
Bermúdez, G. Yeras, M. (48)	Caracterización del estado de salud bucal de la población geriátrica; 2021.	Transversal descriptivo	La población geriátrica presenta un estado de salud bucal deficiente, con prevalencia de problemas como caries y pérdida de dientes. La higiene bucal deficiente y la dieta cariogénica fueron los principales factores de riesgo encontrados.
Olave, P. Fajreldin, V. Coronado, L. López, N. Valenzuela, M. (49)	Necesidades, Creencias y Prácticas en Salud Oral de Padres y Cuidadores de Preescolares: Un Enfoque Cualitativo; 2021.	Descriptivo cualitativo exploratorio	Los niños de familias con bajos recursos tienen menos acceso a atención dental, lo que contribuye a mayores problemas bucales. La salud oral en los niños está influenciada por las creencias y prácticas de los padres, especialmente en su rol preventivo y su autoeficacia.
Garcia, R. Ferreira, D. Telles, G. da Silva, T. Fischer, C. da Silva, P. (50)	Poor Oral Health Increases the Physical Pain, Psychological Discomfort and Social Incapacity of Individuals with Oncohaematological Diseases; 2021.	Transversal correlacional	Una mala salud bucal incrementa el dolor físico, el malestar psicológico y la incapacidad social en pacientes con enfermedades oncohematológicas. Se observó una correlación significativa entre el deterioro de la salud oral y estas complicaciones en los pacientes.

Cayo, C. Santillán, K. Nicho, M. Ladera, M. Aliaga, A. Cervantes, L. (51)	Knowledge about oral health, salivary PH, body mass index and its relationship with dental caries in preschool children; 2021.	Transversal correlacional	El conocimiento sobre salud oral, el pH salival y el índice de masa corporal (IMC) están relacionados con la prevalencia de caries dental en niños preescolares. Los resultados sugieren que estos factores pueden influir en la salud bucal infantil.
Rodríguez, J. Ramirez, L. Londoño, S. Reyes, T. (52)	Creencias en salud, hábitos y proceso de autocuidado que conllevan a la salud bucal en la población de Mistrató durante el 2021; 2021.	Transversal descriptivo	Existen desigualdades en salud y educación, especialmente en zonas rurales. La falta de acceso a conocimientos sobre salud bucal y las barreras económicas y geográficas dificultan la atención médica, perpetuando un ciclo de mala salud y pobreza en poblaciones vulnerables.
de Araújo, G. Kusma, S. Moysés, S. Roncalli, A. (53)	Implantação da Política Nacional de Saúde Bucal e sua influência sobre a morbidade bucal em capitais brasileiras na primeira década do século XXI; 2021.	Descriptivo ecológico	La implementación de la Política Nacional de Salud Bucal en las capitales brasileñas durante la primera década del siglo XXI redujo la morbilidad bucal. Sin embargo, las mejoras fueron desiguales entre las diferentes regiones y grupos socioeconómicos.
Campillay, M. Galleguillos, F. Carrasco, A. Araya, P. Mackay, V. Zamorano, A. (54)	Opiniones de familias vulnerables sobre promoción de la salud bucal infantil: Un análisis de contenido; 2021.	Cualitativo descriptivo	Las familias vulnerables presentan conocimientos insuficientes sobre la promoción de la salud bucal infantil. Se observó una falta de prácticas preventivas adecuadas, influenciada por barreras socioeconómicas y culturales, lo que resalta la necesidad de intervenciones educativas focalizadas.
Godoy, J. Rosales, E. Garrido, C. (55)	Creencias relacionadas al cuidado de la salud oral en cuidadores de adultos mayores institucionalizados de la ciudad de Antofagasta, Chile, 2019; 2021.	Transversal descriptivo	Los cuidadores de adultos mayores en Antofagasta tienen creencias erróneas sobre la salud bucal. A pesar de que la mayoría percibe la necesidad de capacitación, las intervenciones educativas enfocadas en mejorar la autoeficacia y corregir creencias desfavorables podrían mejorar los cuidados.
Danke, K. Carvajal, C. Borgeat, M. Carvajal, P. (56)	Tendencia de niños y niñas de 6 años libres de caries en Chile entre los años 2012 y 2019; 2022.	Ecológico mixto	La prevalencia de niños de 6 años sin experiencia de caries en Chile ha mejorado, especialmente debido a políticas públicas como la fluoración del agua. Sin embargo, existen disparidades regionales, influenciadas por el IDH (índice de

			desarrollo humano) y otros determinantes sociales.
Cavalcante, J. Araújo, A. de Sousa, J. Rosendo, J. Castro, I. (57)	"With a toothache, everything seems to be bad in life!": oral health in the indigenous community of Tremembé, Ceará, Brazil; 2022.	Descriptivo cualitativo	La salud bucal en la comunidad indígena Tremembé de Ceará está gravemente afectada, con altos niveles de dolor dental y caries. La falta de acceso a servicios de salud y la percepción negativa sobre el cuidado bucal influyen en su bienestar.
Simoní, A. Braccini, M. do Amaral, O Rissoto, G. do Amaral, J. (58)	Association between integrative and complementary health practices and use of dental services among older adults in Brazil: a cross-sectional study, 2019; 2022.	Transversal correlacional	Las prácticas de salud integrativas y complementarias están asociadas con un mayor uso de servicios dentales entre los adultos mayores en Brasil. Esto sugiere que estas prácticas podrían promover una mayor atención a la salud bucal en esta población
Dias, F. Baeta, L. Bintencourt, C. Pedreira, A. Alves, D. Coelho, D Silva Barroso, D. (59)	Use of P-CPQ to measure the impact of oral health on the quality of life of children with special health care needs; 2022.	Descriptivo correlacional	La salud bucal tiene un impacto significativo en la calidad de vida de los niños con necesidades especiales de atención médica. Los problemas dentales afectaron tanto su bienestar físico como emocional, destacando la importancia de una atención bucal adecuada.
de Araújo, G. Alves, S. Guedes, G. (60)	Time series of the production of dental procedures in the Brazilian National Health System, Brazil, 2008-2018; 2022.	Ecológico de series temporales descriptivo	La producción de procedimientos dentales en el Sistema Único de Salud de Brasil aumentó a lo largo del período 2008-2018, con variaciones notables entre las regiones. Se observó una mejora en la cobertura y el acceso a servicios dentales.
Castro, I. Torrecilla, R. Hernández, Y. Yera, K. Pérez, Y. Resendiz, D. (61)	Cumplimiento de las metas de salud bucal para 2015 en un consultorio del médico de la familia; 2022.	Transversal descriptivo	El estudio mostró que, en general, se cumplieron los propósitos establecidos para mejorar la salud bucal en la población cubana, especialmente en la prevención de caries. Sin embargo, se incumplió con el objetivo de reducir la enfermedad periodontal en adultos mayores.

Munayco, E. Pereyra, H. Cadillo Ibarra, Y. (62)	Factores asociados con la caries de infancia temprana severa en niños peruanos; 2022.	Transversal analítico	Las variables sociodemográficas y de alimentación no están asociadas con la caries infantil temprana severa (CIT-S) en la población peruana. Sin embargo, el inicio temprano del cepillado dental y el uso de pasta dental fluorada fueron factores protectores importantes.
Pérez, I. Castro, I. Morgado, D. Pérez, I. Puga, C. (63)	Salud bucal en ancianos del Hogar Provincial de Sancti Spíritus; 2022.	Transversal descriptivo	Los adultos mayores presentan alta prevalencia de enfermedad periodontal y disfunción masticatoria, con factores de riesgo como dieta azucarada y diabetes. La higiene bucal deficiente, el bajo nivel de conocimientos y la baja autopercepción de salud bucal fueron comunes.
Carrasco, M. Morgado, D. Álvarez, A. González, B. Domínguez, L. (64)	Diagnóstico educativo sobre salud bucal en escolares de Trinidad; 2022.	Transversal descriptivo	Más de un tercio de los escolares tienen conocimientos, actitudes y prácticas insuficientes sobre salud bucal, además de un cepillado ineficaz. Se destaca la necesidad de programas educativos de salud bucal en las escuelas, con el apoyo de los docentes.
Rodríguez, M. Navarro, L. Alzate JP. Guarnizo, C. (65)	Inequidad en el ingreso y caries de la infancia temprana en Colombia: un análisis multinivel; 2022.	Transversal analítico	La inequidad en el ingreso familiar está asociada con la prevalencia de caries en la infancia temprana en Colombia. Los niños de familias con menores ingresos presentan mayor riesgo de caries, evidenciando desigualdades en salud bucal.
Almario, A. Concha, S. (66)	Influencia del gradiente social sobre la salud bucal de mujeres trabajadoras formales; 2022.	Transversal analítico	El gradiente social influye significativamente en la salud bucal de las mujeres trabajadoras formales. Las mujeres en niveles socioeconómicos más bajos presentan una peor salud bucal, evidenciando desigualdades en el acceso a servicios y en las condiciones de salud dental.
Aranguren S. Silveria, H. Fernando, F. Barros, F. Horta, B. Britto, M. (67)	Social and racial inequity in self-rated oral health in adults in Southern Brazil; 2022.	Transversal analítico	Existen inequidades sociales y raciales significativas en la autopercepción de la salud bucal en adultos del sur de Brasil. Las personas de grupos sociales y raciales desfavorecidos tienden a calificar su salud bucal de manera más negativa.

Leon, R. Avalos, K. (68)	Repercusión de la movilidad social en la salud bucal de migrantes venezolanos en Perú; 2022.	Descriptivos cualitativo	La salud bucal de los migrantes venezolanos depende de su movilidad social. Los migrantes con movilidad social descendente descuidan su salud bucal por priorizar otras necesidades, mientras que los de movilidad ascendente mantienen mejores hábitos y acceso a tratamientos.
Zárate, N. Noguera, P. Zacarías, A. González, C. Recalde, R. Giosa, G. (69)	Estado de salud bucal de mujeres privadas de su libertad del Centro penitenciario Buen Pastor en Asunción Paraguay -2021; 2023.	Transversal descriptivo	La mayoría de las mujeres privadas de libertad presentó índice CPO alto, además de alteraciones periodontales y en la mucosa oral. También se describieron características sociodemográficas: más de la mitad procedía de Gran Asunción y el nivel educativo predominante fue la secundaria, aunque un pequeño porcentaje alcanzó estudios terciarios.
do Amaral, O. Fagundes, M. Menegazzo, G. do Amaral, J. (70)	Wealth index association with self-reported oral health between white and non-white older Brazilians; 2023.	Transversal descriptivo	En adultos mayores brasileños, la mala salud bucal autorreportada fue del 41,6% en blancos y del 48% en no blancos. En el grupo blanco, los quintiles 3°, 4° y 5° de riqueza se asociaron con prevalencias 25%, 20% y 39% menores de mala salud bucal respecto al quintil más pobre, mientras que en los no blancos solo el quintil más rico mostró una prevalencia 25% menor.
Morales E. Lancellotti D. (71)	Salud bucal de niños y niñas intervenidos por el programa odontológico Sembrando Sonrisas, Comuna de Ovalle, año 2019; 2023.	Transversal descriptivo	La prevalencia de niños sin historia de caries fue de 62,8%, disminuyendo de 92,0% (2 años) a 48,9% (5 años). No se observaron diferencias significativas según sexo. La prevalencia fue significativamente menor en niños(as) de sectores urbanos. En cuanto a establecimientos educacionales, la historia de caries y la intensidad del daño fue siempre mayor en el sector rural, mientras que en el sector urbano los menores valores fueron registrados en colegios particulares subvencionados.
Barahona, J. Rojas, C. Sánchez, T. Stradi, S. Barboza, C. (72)	Prevalence of Tooth Loss, Bleeding on Probing and Malocclusion as Oral Disease Indicators in Costa Rican Male Adolescents: a Cross Sectional	Transversal descriptivo	Se evaluaron 428 adolescentes varones (12–22 años). El 19% presentó pérdida de al menos un diente, con prevalencia por diente de 1,2%. La prevalencia de gingivitis fue del 70%, siendo el problema periodontal más frecuente el sangrado al sondaje con cálculo localizado (66,8%). Respecto a la maloclusión, el

	Study; 2023.		98,4% presentó algún grado, de los cuales el 87,5% fue muy severa y requirió tratamiento obligatorio. El estudio destacó la alta carga de enfermedades bucales y las barreras de acceso a la atención odontológica en adolescentes costarricenses.
Vargas N. Salinas, V. Vásquez, K. Antonio, R. Manco, L. (73)	Asociación entre el acceso a los servicios odontológicos y la altitud de la residencia de niños peruanos; 2023.	Transversal analítico	Niños menores de 12 años que vivían a mayor altitud (2.500 msnm) presentaban mayor vulnerabilidad social, pero a la vez mostraron mayor probabilidad de recibir una atención odontológica en los últimos 2 años.
Guerra, W. Fernández, L. López, Y. (74)	Nivel de conocimientos de las embarazadas sobre la salud bucal y el período de gestación; 2023.	Transversal descriptivo	El nivel de conocimientos de embarazadas y sus familiares sobre salud bucal y gestación fue regular, por lo que se debe insistir en reevaluar las estrategias educativas.
Ferreira, M. Pereira, L. Madeira, J. Martins, S. Baccin, C. (75)	Impact of Early Childhood Caries and Parental Oral Health Literacy on the Use of Oral Health Care Services by Children. Caries, Health Literacy and Health Care; 2023.	Transversal analítico	Los niños con presencia de lesiones de caries cavitadas tuvieron 1,82 veces más probabilidades de utilizar los servicios de salud oral que aquellos sin lesiones. Los hijos de padres o cuidadores con menor alfabetización en salud bucal tuvieron un 34% menos de probabilidades de usar dichos servicios.
Amaro, C. Fajreldin, V. Cornejo, M. Espinoza, I. Muñoz, A. Franco, A. Concha, S. Presle, R. (76)	Determinación del Derecho a Salud bucal: mujeres postparto e hijos en Santiago de Chile; 2023.	Cualitativo exploratorio	Las políticas de protección infantil y derechos adquiridos favorecen el acceso pero factores laborales y socioculturales limitan el ejercicio completo del derecho.
Agudelo, A. Galvis, J. Villegas, E. (77)	Salud bucal en la primera infancia: estrategia con agentes educativas y acudientes; 2023.	Cualitativo investigación-acción	Las agentes educativas asociaron la salud bucal con la higiene, pero no comprendían la caries como una patología. Mostraron alta autoeficacia y adquirieron nuevos conocimientos sobre salud bucal, sus causas y consecuencias.

De Arco, S. Valencia, N. (78)	Barreras para las acciones preventivas en salud bucal percibidas por mujeres embarazadas en Montería, Colombia; 2023.	Cualitativo descriptivo	La principal barrera de las gestantes fue el miedo a la atención odontológica junto con la normalización de la caries, lo que limita la eficacia de programas de prevención.
Peña, M. Porcel I. Mattos, M. Villavicencio, E. (79)	Impacto de las alteraciones bucales en la calidad de vida de preescolares peruanos de zonas rurales y urbanas; 2023.	Transversal descriptivo	La prevalencia de alteraciones bucales en niños preescolares de zonas rurales referida a caries dental fue del 100% traumatismo dental 10,8% y maloclusiones 60,8%; para la zona urbana la caries dental fue del 93,2% el traumatismo dental 9,5% 36,5%. De las tres alteraciones bucales, sólo la experiencia de caries dental se relacionó con la calidad de vida en relación a la salud oral de los preescolares de las zonas urbana y rural.
Valdés, D. Vásquez, V. Rangel, A. (80)	Salud bucal y factores de riesgo en campesinos de la comunidad rural La Picadora, Yaguajay, Sancti Spíritus; 2023.	Transversal descriptivo	El índice de COPD fue de 10.7 con predominio de dientes perdidos. El 94 % necesitó rehabilitación protésica, el 87.5 % refirió el cepillado diario menor de 3 veces y el 43.8 % no asistió al estomatólogo en los últimos 10 años. Se identificó la necesidad de atención estomatológica, así como la urgencia de acciones de prevención y promoción en esta comunidad campesina.
Pérez, J. de la Mella, S. Rodríguez, Y. Díaz, S. Concepción, A. Hernández, A. (81)	Calidad de vida y salud bucal: Percepción de los adultos mayores institucionalizados; 2023.	Transversal descriptivo	En adultos mayores de 70 a 79 años, masculinos, de raza blanca, la evaluación del OHIP-14 evidenció un alto impacto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores institucionalizados en la población de estudio, destacando el dolor físico como la dimensión más representativa.
Gambetta, K. Muñoz, C. Reyes, Y. Ayala, L. (82)	Percepción de calidad de vida asociada a salud bucal y determinantes sociales en inmigrantes	Transversal descriptivo	La mayoría percibe su salud oral como regular o mala. Factores como la calidad de la vivienda, problemas de comunicación y desconocimiento del sistema de salud afectan negativamente la percepción de calidad de vida asociada a salud oral

	haitianos; 2023.		
Ron, J. Piedra, X. Paledines, S. (83)	Relación entre el índice CPOD y la limitación para socializar en escolares de Ecuador; 2023.	Transversal descriptivo correlacional	La población presentó un CPOD bajo (32,5%) y el 62,7% no presentó limitación para socializar. Se reportó una asociación positiva y significativa entre el índice CPOD y la limitación para socializar.
Ospina, E. Casas, L. (84)	Automedicación en salud bucal en Bogotá: estudio etnográfico; 2023.	Cualitativo con enfoque etnográfico	Se identificaron barreras de acceso a la atención odontológica relacionadas con la estructura urbana y segregación social. La automedicación fue común, especialmente para la odontalgia usando principalmente analgésicos de venta libre. Además se reconoce el uso de pastas, sedas, enjuagues y cepillos como medidas preventivas y terapéuticas
Clavijo, A. Campos, K. (85)	Nivel de conocimiento sobre salud oral de los padres y su relación con hábitos de higiene oral de sus hijos de 8 a 10 años; 2023.	Transversal analítico	El 53% de los padres presentó buen conocimiento sobre la salud oral; los hijos de estos padres tendieron a cepillarse 3 veces al día y todos los días de la semana. Sin embargo, no se encontró relación entre los hábitos de higiene con el nivel de conocimiento.
da Silva, D. Siciliani, C. Desordi, J. Rodrigues, F. Colet, C. Kolankiewicz, A. (86)	Calidad de los servicios odontológicos: Asociación con características sociodemográficas y de autopercepción; 2024.	Transversal analítico	Se encontraron asociaciones significativas entre menor ingreso familiar, menor escolaridad y necesidad de hacer o cambiar prótesis dental con el uso de los servicios odontológicos. Además, el dolor dental y la satisfacción con la salud bucal se asociaron significativamente con la accesibilidad, y un mayor número de consultas se relacionó con mejores puntuaciones en el sistema de información.
Santos, L. Oliveira, A. Andrade, F. Mauricio, H. Fávaro, T Moreira, R. (87)	Acceso a servicios de salud bucal en la Tierra Indígena Xukuru do Ororubá (2017-2018): análisis de indicadores de desempeño; 2024.	Ecológico	Entre 2010 y 2018 se observó un aumento poblacional y predominio de jóvenes (29,4%). El 52,3% de los hogares tenía saneamiento inadecuado y la tasa de analfabetismo fue del 37,3%. Hubo aumento en la cobertura de primera consulta (CPC) y educación en salud bucal (CED), y disminución en tratamientos

			completados (TOC). Se hallaron correlaciones positivas entre saneamiento inadecuado, extracciones (PEX) y CED; y negativas entre alfabetización y PEX.
Mauricio, H Fávaro, T. Moreira, R. (88)	Desigualdad en salud bucal: caracterización del pueblo indígena Xukuru do Ororubá, Pernambuco, Brasil; 2024.	Transversal descriptivo	Índice CPO-D promedio de 7,4 (DP=5,1); 2,3% de los participantes usaba prótesis superior; ninguno prótesis inferior. El 59,5% de los hogares no tenía acceso a agua por grifo y el 65,6% eliminaba la basura mediante quema.
Vasconez, J. Sierra, J. (89)	Relación de los determinantes sociales y el índice de higiene oral simplificado, en los niños del cantón Manta 2024; 2024.	Transversal descriptivo	Predominó el género masculino (61,5 %) y el grupo de edad entre 5 y 7 años (71,1 %). El 99,5 % presentó placa bacteriana y el 82,1 % cálculo dental. El índice de higiene oral simplificado (IHOS) fue de 2,93 (IC95%: 2,75–3,11). Las categorías de determinantes sociales con significancia estadística fueron cuidado familiar (p = 0,012) y seguridad (p = 0,040).
Curo, Y. Del Castillo, C. (90)	Factores asociados al impacto de la calidad de vida relacionada a la salud oral en trabajadores de una universidad peruana; 2024.	Transversal analítico	El 56,7 % de los trabajadores presentó menor impacto en la calidad de vida relacionada con la salud oral. Se encontraron asociaciones significativas con sexo, nivel de educación y motivo de consulta al dentista. En el análisis multivariado, quienes tenían educación universitaria superior presentaron mayor impacto negativo que quienes tenían doctorado. Quienes consultaban por dolor presentaron mayor impacto negativo que quienes lo hicieron por otras razones
Ponce, C. Zambrano, A. Rodríguez, E. Guillen, M. Galarza, L. (91)	Impacto de la salud bucal en la calidad de vida de escolares de Galápagos, Ecuador; 2024.	Transversal descriptivo	Predominó el grupo de 9 a 11 años y el sexo femenino. Los padres tenían en su mayoría educación secundaria. Se observó alta prevalencia de lesiones en esmalte y dentina. Los padres señalaron como principal preocupación el impacto de la salud bucal en sus hijos, destacando molestias al comer o beber, dificultad para hablar y sentimientos de frustración en los niños.

Díaz, C. Ledesma, A. Morel, B. Scavone, S. (92)	Percepción parental de calidad de vida relacionada con salud oral en niños de 6 a 10 años; 2024.	Transversal descriptivo	Se observó un aumento de caries en dientes permanentes con la edad. El 63,8% de los casos correspondió a mujeres. La puntuación media fue de 13,6 (DE 13,1). Hubo una asociación significativa entre la percepción parental de la calidad de vida relacionada con la salud oral y la presencia de caries (p=0,004).
Díaz S. Pérez, S. Tirado, L. (93)	Conocimientos en salud bucal asociados a caries dental y su relación con el binomio padre-hijo, en la ciudad de Cartagena, Colombia; 2024.	Transversal analítico	La prevalencia de caries dental fue del 60,1 % en niños y del 98 % en padres. En el análisis multivariado, se encontró asociación entre la presencia de caries y conocimientos inadecuados de salud bucal, hábitos de higiene bucal del niño inadecuados, cepillado sin supervisión, padres que trabajan, bajos ingresos y religión católica.
Reyes, Y. Rojas, L. Stradi, S. Barahona, J. Barboza, C. (94)	Assessing the Determinants of Oral Health-Related Quality of Life Among Male Costa Rican Students: Findings from a Cross-Sectional Study; 2024.	Transversal analítico	Depresión, dolor dental y caries en la infancia se asociaron con peor calidad de vida bucodental; mayor calidad de vida general y visitas dentales durante la infancia se asociaron con mejor calidad de vida bucodental; relaciones estadísticamente significativas en análisis multivariado (β CES-D = 0,41; β SF-36 = -0,33; β caries infancia = 7,5; β visita dentista infancia = -6,7; β visita dentista por dolor = 7,6)
Zurita, J. Farfan, K. Hermosa, D. Oña, I. Niama, E. (95)	Calidad de vida relacionada con la salud bucal en pacientes adultos mayores de los centros gerontológicos del Cantón Pedro Moncayo, Ecuador; 2024.	Transversal analítico	Se encontraron diferencias significativas en la calidad de vida relacionada con la salud bucodental según el OHIP-Sp en función de factores sociodemográficos. Los adultos de 76 a 85 años, de sexo masculino y sin prótesis presentaron mayores puntuaciones promedio. La dimensión de incapacidad física obtuvo la puntuación más alta (13,95 ± 3,90), indicando peor calidad de vida relacionada a salud bucal (CVRSB), mientras que la incapacidad social tuvo la puntuación más baja (4,67 ± 2,83), indicando mejor CVRSB
Guerra, W. Torres, L. Sardiñas, E. García, Y. Rivas, D. Estrada, M. (96)	Conocimientos sobre salud bucal en adultos mayores de un consultorio médico de Ciego de Ávila; 2024.	Transversal descriptivo	El 68,3 % de los adultos mayores presentó dificultades al realizar el autoexamen bucal. El 67,5 % respondió incorrectamente preguntas sobre enfermedades periodontales, al no considerar dolencias de las encías como perjudiciales para la salud bucal. Además, el 40,0 % indicó que hábitos inadecuados, como el tabaquismo, provocan alteraciones en

			la cavidad bucal
Martignon S. Guarnizo, C. Franco, A. García, L. Ochoa, E. Restrepo, L. Arango, M. Cerezo, M Cortes, A. (97)	Socioeconomic inequalities in early childhood caries: evidence from vulnerable populations in Colombia; 2024.	Transversal analítico	En 1.344 niños (3,5 años promedio, 51,5 % varones), un tercio presentó caries moderadas/extensas y el 84 % lesiones de inicial a extensiva. Se observó mayor carga de caries en hogares con menor educación e ingresos, con diferencias significativas en número de superficies afectadas (RII y SII).
Soares, A Cruz, C. Fonseca, M. Chamane, L. Chalub, L. Ferreira, R. (98)	Education- and income-based inequalities of functional dentition by dental service utilization; 2025.	Transversal analítico	La prevalencia de la dentición funcional (FD) fue de 85,95 % en 2013 y 89,45 % en 2019 ($p < 0,001$). Los índices SII y RII mostraron mayor prevalencia de FD en grupos socioeconómicos más altos, siendo la desigualdad basada en educación mayor que la basada en ingresos. Las desigualdades educativas disminuyeron entre 2013 y 2019 y fueron más pronunciadas entre quienes usaron servicios dentales hace más de un año, mientras que las desigualdades según ingresos no variaron según la utilización de servicios dentales.
Freire, L. Silva, R Feitosa, R. Menezes, L. Ishigame, R. Cavalcanti, Y. Lucena, E. (99)	Analysis of Dental Specialty Center target achievement and associated factors, Brazil, 2019-2022: a cross-sectional study; 2025.	Transversal analítico	La mayoría de los Centros de Especialidades Dentales en Brasil cumplieron entre 0 y 3 metas, mostrando bajo desempeño. Los procedimientos básicos generales fueron los que más metas alcanzaron, y los centros ubicados en municipios con más de 100.000 habitantes tuvieron mayor frecuencia de cumplimiento.
Soares, L. Cabral, A. Luz, S. Lourenço, M. Pazinatto, R. Santos, B. Melo, L. (100)	Sociodemographic, general health and oral health factors associated with difficulty in eating among elderly people: a cross-sectional study, Brazil, 2019; 2025.	Transversal analítico	En 21.048 adultos mayores en Brasil, 4,1 % presentó dificultad severa para comer. Fue más frecuente en mujeres, personas mayores, analfabetos, fumadores, sin seguro de salud, con multimorbilidad, mala higiene oral o sin prótesis, con asociaciones de efecto débil.

Farias, B. Araújo, L. Tavares, N. Oliveira, B. Vasconcelos, M. Machado, S. (101)	Intersectionality of gender, race/skin color and dental loss in adults: cross-sectional study with data from the 2019 Brazilian National Health Survey; 2025.	Transversal analítico	En 73.813 adultos brasileños, las mujeres blancas y negras presentaron mayores probabilidades de pérdida de 13 o más dientes en comparación con los hombres blancos, incluso después de ajustar por edad, educación y región. No se observaron diferencias significativas entre hombres negros y blancos
Mendes, L. Emmanuelli, B. Segatto, M. Knorst, J. Tomazoni, F. Araújo, G. (102)	Determinantes do uso de serviços odontológicos no período pré-gestacional e gestacional: um estudo transversal; 2025.	Transversal analítico	De 520 gestantes brasileñas, 72 % utilizó servicios odontológicos el último año; 21,8 % de forma preventiva, 50,5 % para tratamiento y 27,7 % no usó servicios. El uso para tratamiento se asoció con segundo y tercer trimestre de gestación; no uso se asoció con ser soltera/separada, baja escolaridad, bajo sentido de coherencia, percepción de barreras y menor frecuencia de actividades religiosas.
Rios, D. Rios, C. Torales, J. (103)	Oral health status in people with HIV/AIDS: analysis of the DMFT index in users of a Regional Hospital in Paraguay, 2024; 2025.	Transversal analítico	176 usuarios (62,5 % mujeres; 34,1 % de 18–24 años) presentaron un índice CPO-D general de 10,03 %. Mayor número de dientes cariados y extracciones indicadas en 25–34 años. CPO-D más alto en estratos socioeconómicos bajos y medios. Necesidades odontológicas: rehabilitación oral (57,2 %), operatoria dental (28,1 %) y cirugía bucal (14,8 %).
Alipazaga, W. Quea, E. Mori, L. Anduaga, S. Manrique, M. (104)	Nivel de conocimiento sobre salud bucal de cuidadores y su relación con el estado bucodental de sus hijos en un Centro de Salud de Lima, Perú; 2025.	Transversal analítico	El 58,6 % de los cuidadores tuvo nivel de conocimiento medio. El estado bucodental de los niños según CPOD/ceo-d e IHOS fue muy bajo en 41,4 % y bueno en 58,6 %. No se encontraron diferencias significativas según características sociodemográficas ni relación entre conocimiento de cuidadores y estado bucodental de los niños.
Roche, A. Peguero, H. Núñez, B. Gispert, E. Fuentes, A. (105)	Salud bucal de adultos mayores y utilización de los servicios de la Facultad de Estomatología, La Habana; 2025.	Transversal descriptivo	Entre 142 participantes, predominó el sexo femenino (54,9 %) y el grupo de 60–74 años (73,2 %). El 77,5 % presentó enfermedad periodontal y 69,0 % disfunción masticatoria. La mitad (50,0 %) acudía a atención secundaria solo ante molestias. Las principales barreras para el acceso a servicios fueron transporte (60,0 %) y movilidad (48,6 %).

6. DISCUSIÓN

La presente revisión narrativa sistematizada reunió 71 estudios publicados en los últimos cinco años que abordaron las desigualdades e inequidades en salud bucal en Chile y Latinoamérica. En general, los resultados muestran que las brechas siguen presentes en todos los grupos etarios y países analizados, reflejando el peso que tienen los determinantes sociales sobre la salud oral. Factores como el nivel educativo, los ingresos, el territorio y la pertenencia étnica continúan marcando diferencias en la posibilidad de mantener una buena salud oral y acceder oportunamente a atención odontológica.

Mieres (35) plantea que las desigualdades en Chile tienen un fuerte componente territorial y político, mientras que Ferreira et al. (36) y Costa et al. (39) evidencian en Brasil cómo el nivel socioeconómico y el origen racial influyen directamente en la pérdida dentaria. A su vez, Freire, D. et al. (38) y González et al. (42) muestran que el acceso y uso de los servicios odontológicos continúa marcado por diferencias regionales y socioeconómicas, donde las poblaciones con menores ingresos o condiciones de vida más precarias enfrentan mayores barreras para recibir atención. En varios países de la región, según Maldonado et al. (44) y Danke et al. (56), las mejoras en cobertura y programas públicos han sido insuficientes para reducir las brechas, la evidencia de mejoras en equidad es limitada y heterogénea. Todo esto confirma lo que plantea el modelo de Lalonde (1974): la salud bucal depende de una interacción compleja entre lo biológico, lo ambiental, los estilos de vida y la organización del sistema de salud. No se limita únicamente a incrementar la frecuencia del cepillado o a disponer de clínicas odontológicas accesibles; las condiciones sociales subyacentes continúan siendo factores determinantes que influyen en la capacidad de los individuos para acceder a cuidados de salud bucal, marcando quiénes tienen la oportunidad de mantener una salud oral adecuada y quiénes no.

Biología humana

El componente biológico es una base importante dentro del modelo de Lalonde, ya que reconoce que hay factores propios del cuerpo (como la edad, el sexo o la genética) que influyen en la salud oral. Sin embargo, esta revisión confirma que esas condiciones por sí solas no explican las desigualdades observadas. Lo biológico se mezcla con lo social.

Por ejemplo, González et al. (42) y Pérez et al. (81) reportaron en adultos mayores una alta prevalencia de enfermedad periodontal, pérdida dentaria y alteraciones masticatorias. Si bien parte de esto se asocia al envejecimiento natural, termina siendo una inequidad cuando el sistema de salud no ofrece mecanismos accesibles de prevención o rehabilitación. En Chile, el GES de salud oral integral para el adulto de 60 años, garantiza rehabilitación funcional, pero su cobertura depende de la disponibilidad local y los tiempos de espera en atención primaria(106). En contraste, en Brasil, la inclusión de los mayores en la *Estratégia Saúde da Família* ha mostrado una leve mejora en la cobertura preventiva, aunque sin impacto significativo en la reducción de pérdida dentaria.

Algo similar ocurre en el embarazo. Maldonado et al. (44) encontraron que las gestantes de nivel socioeconómico bajo y residencia rural acceden con menos

frecuencia al control odontológico prenatal, y en Brasil, Mendes et al. (102) observó una brecha comparable entre zonas urbanas y rurales, pese a la existencia de programas materno-infantiles integrados. En ambos casos, un proceso fisiológico normal se convierte en un factor de riesgo cuando las políticas no incluyen a todas las mujeres por igual.

También se observó que la caries infantil continúa siendo un gran problema, especialmente en contextos vulnerables. Danke et al. (56) y Carrasco et al. (64) mostraron que, más allá de la susceptibilidad estructural de la dentición temporal, son las condiciones educativas y económicas del entorno familiar las que determinan el daño final. En Chile, el programa *Sembrando Sonrisas* ha permitido aumentar la cobertura de aplicación de barniz de flúor en preescolares; sin embargo, la prevalencia de caries se mantiene elevada, especialmente en zonas rurales, según lo reportado por diversos estudios (56, 71). En resumen, la biología puede explicar el inicio del problema, pero son las condiciones sociales las que determinan su persistencia.

Ambiente

El entorno donde vivimos también ejerce una influencia significativa. El modelo de Lalonde plantea que las condiciones físicas y sociales del ambiente influyen directamente en la salud, y los estudios revisados respaldan esta afirmación de manera contundente. Una proporción importante de los trabajos analizados identificó la ruralidad y la segregación territorial como factores determinantes de desigualdad bucal, mostrando cómo el lugar de residencia puede condicionar las oportunidades de acceso y cuidado.

Ferreira et al. (36) y Freire, D. et al. (38) demostraron en Brasil que las diferencias regionales se relacionan con la desigual distribución de los servicios odontológicos, reflejada en mayores niveles de pérdida dentaria y edentulismo en las regiones con menor desarrollo socioeconómico. Aunque el programa Brasil Sorridente amplió la cobertura, su impacto fue desigual: mientras en el sur las tasas de edentulismo disminuyeron, en el nordeste se mantuvieron casi sin cambios.

En Chile, Morales y Lancellotti (71) observaron que los niños rurales presentan mayor experiencia de caries y daño acumulado que los urbanos, independiente del nivel educativo parental. Esto sugiere que no se trata solo de conocimiento o hábitos, sino del contexto en que se vive: menor acceso a agua fluorada, escasez de transporte y falta de profesionales permanentes. En Perú, Vargas et al. (73) evidenciaron diferencias en el acceso odontológico según la altitud de residencia, lo que refleja desigualdades territoriales que influyen en la salud bucal infantil. De manera similar, Bobadilla et al. (43) mostraron que en zonas rurales de Perú se concentra la mayor carga de enfermedades orales no tratadas, asociada a condiciones socioeconómicas y educativas desfavorables.

También existen factores ambientales menos visibles, como las condiciones sanitarias y la infraestructura disponible en las zonas rurales. Valdés et al. (80) evidenciaron que en comunidades agrícolas alejadas, las limitaciones en el acceso al agua segura, la escasa frecuencia de cepillado y la falta de atención odontológica se asocian a una alta prevalencia de caries y pérdida dentaria. De forma similar, algunos estudios realizados en contextos rurales mostraron que las deficiencias estructurales

y la falta de servicios estables contribuyen al deterioro de la salud oral y a la acumulación de daño a lo largo del tiempo.

Aunque los avances siguen siendo desiguales, los resultados sugieren que el territorio influye de manera decisiva en las oportunidades de prevención y tratamiento. En conclusión, la geografía no solo define un espacio físico, sino que establece las condiciones que determinan las posibilidades reales de acceder a y mantener una salud bucal adecuada.

Estilos de vida.

El campo de los estilos de vida suele verse como una responsabilidad individual, pero la evidencia muestra que las decisiones cotidianas están profundamente influenciadas por el entorno social. El cepillado dental, la alimentación o el consumo de tabaco no son decisiones aisladas; dependen de factores como la educación, los ingresos y las costumbres del entorno.

González et al. (42) encontraron que una menor educación se asocia con mayor presencia de caries y enfermedad periodontal, mientras que Medeiros et al. (45) señalaron que las acciones preventivas en salud bucal se desarrollan con menor intensidad en contextos con menos recursos, lo que impacta los hábitos de autocuidado de los escolares. Cayo et al. (51) observaron que, en preescolares, el mayor conocimiento de los padres sobre salud oral actúa como factor protector frente a la caries, reforzando la importancia de la educación en la formación de hábitos saludables desde edades tempranas. En esa misma línea, Carrasco et al. (64) evidenciaron que el bajo nivel de conocimiento y las prácticas inadecuadas de cuidado bucal en escolares se asocian con mayor riesgo de caries. En conjunto, estos hallazgos muestran que los estilos de vida no son una elección puramente individual, sino el resultado de las oportunidades y recursos que ofrece el entorno.

El consumo de tabaco también aparece como un factor claro. Guerra et al. (96) evidenciaron que el tabaquismo agrava la enfermedad periodontal, especialmente en adultos mayores, constituyéndose en un factor de riesgo relevante para la progresión del daño oral. Desde una mirada más amplia, estos resultados sugieren que las conductas de riesgo tampoco se distribuyen de forma equitativa: quienes viven en contextos más vulnerables podrían enfrentar mayores barreras para acceder a programas de cesación y prevención. En Chile, las estrategias de control del tabaco se orientan principalmente a la reducción del consumo general, pero no incorporan un seguimiento específico en salud bucal, lo que refleja la fragmentación habitual entre las políticas de promoción y las de atención dental. Así, los estilos de vida se transforman en un reflejo más de las desigualdades estructurales.

Por otra parte, Morales y Lancellotti (71) observaron diferencias en los hábitos de higiene oral entre escolares rurales y urbanos, lo que refuerza la necesidad de implementar y mantener en el tiempo programas comunitarios de cepillado supervisado.

Organización de los servicios de salud

La organización del sistema de salud desempeña un papel fundamental en la asignación de atención, determinando en gran medida quiénes tienen acceso a los servicios y quiénes quedan excluidos. Los estudios revisados muestran una realidad

compartida en la región: la distribución desigual de recursos y la baja cobertura en zonas rurales siguen siendo un problema central.

Ferreira et al. (36) y Freire, L. et al. (99) reportaron que, en Brasil, las regiones con menor desarrollo económico presentan menos servicios odontológicos disponibles, lo que se traduce en más pérdida dental y dolor oral en adultos con bajos ingresos. En Chile ocurre algo similar: Morales y Lancellotti (71) evidenciaron que los niños rurales presentan más caries y menor acceso a tratamientos, lo que muestra una falla en la organización del sistema, que no logra compensar las desventajas territoriales. A esto se suma la falta de programas preventivos sostenidos, la rotación constante de profesionales y la segmentación del sistema público-privado.

Si bien existen estrategias como *Sembrando Sonrisas* y las prestaciones garantizadas por el GES Odontológico dentro de la atención primaria, los tiempos y la implementación pueden variar por territorio. Solo una minoría de los estudios revisados reportó impactos positivos atribuibles a estas estrategias, mientras que la mayoría destacó deficiencias en continuidad y equidad territorial. En contraste, Brasil ha mostrado una organización más robusta en atención primaria, aunque todavía marcada por diferencias regionales.

Como señalan Rodríguez et al. (65), la prevención sigue siendo una deuda pendiente. La escasa promoción en comunidades de bajos ingresos perpetúa un círculo de enfermedad que podría evitarse con una mejor organización, más recursos y políticas que prioricen la equidad por sobre el volumen de prestaciones

En conjunto, los resultados de esta revisión muestran que las desigualdades e inequidades en salud bucal en Chile y Latinoamérica no son casualidad, sino el reflejo de un sistema que aún distribuye las oportunidades de salud de forma desigual. Los cuatro campos del modelo de Lalonde (biología humana, estilos de vida, ambiente y organización de los servicios) actúan al mismo tiempo y se potencian entre sí, haciendo que las condiciones sociales y económicas sean decisivas en las posibilidades reales de mantener una buena salud oral.

Aunque se reconocen avances en cobertura y programas preventivos, las brechas persisten y afectan principalmente a los grupos históricamente más vulnerables: quienes viven lejos de los centros urbanos, tienen menos educación o menos recursos. Reducir estas inequidades requiere políticas intersectoriales que integren salud, educación, vivienda y desarrollo territorial. De lo contrario, los avances clínicos seguirán siendo parciales y las desigualdades volverán a reproducirse. Comprender estas interacciones permite mirar la salud bucal con una perspectiva más amplia, reconociendo que mejorarla no depende solo del cepillo y la pasta dental, sino también de las condiciones en que la gente vive, trabaja y accede al sistema de salud.

7. CONCLUSIÓN

Esta revisión narrativa evidencia que las desigualdades e inequidades en salud bucal en Chile y Latinoamérica persisten a pesar de los avances alcanzados en cobertura y programas preventivos. Los hallazgos muestran que la distribución de la salud oral sigue estando determinada por factores sociales, económicos y territoriales, que interactúan de manera compleja con los componentes biológicos y conductuales descritos en el modelo de Lalonde. En este contexto, la biología humana explica parte de las diferencias observadas, pero son las condiciones sociales y estructurales las que definen la magnitud y persistencia del daño oral.

El ambiente, entendido como el territorio y las condiciones materiales en que las personas viven, continúa siendo un factor decisivo: las zonas rurales, aisladas o con menor desarrollo presentan mayor carga de enfermedad bucal y menos acceso a servicios odontológicos. Asimismo, los estilos de vida, lejos de ser decisiones individuales, reflejan las oportunidades y limitaciones impuestas por el entorno socioeconómico. Por su parte, la organización de los servicios de salud mantiene brechas estructurales en cobertura, continuidad y equidad territorial, lo que profundiza las desigualdades existentes.

Reducir estas brechas requiere trascender las intervenciones centradas únicamente en el individuo o en la atención clínica. Se necesitan políticas públicas intersectoriales que integren salud, educación, vivienda, ambiente y desarrollo local, orientadas a garantizar una distribución más justa de los determinantes sociales de la salud bucal. Solo a través de una mirada integral y equitativa será posible avanzar hacia una verdadera justicia social en salud oral y disminuir las desigualdades que aún caracterizan a la región.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. World Health Organization. Informe sobre la situación mundial de la salud bucodental: hacia la cobertura sanitaria universal para la salud bucodental de aquí a 2030. Resumen ejecutivo. Ginebra, Suiza: World Health Organization; 2022.
2. Franco-Giraldo Á. La salud bucal, entre la salud sistémica y la salud pública. Univ Salud [Internet]. 2021 Dec [citado 2025 May 27];23(3):291–300. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072021000300291
3. Organización Panamericana de la Salud. Situación de la salud bucodental de las personas mayores en la región de las Américas [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2023 [citado 2025 jun 4]. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/375727/9789240085961-spa.pdf
4. Palomer Roggerone L. Inequidades en salud bucal: factores que determinan su realidad en Chile. Acta Bioeth.2016;22(2):315-9. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2016000200018&lang=es
5. Villar E. Los determinantes sociales de salud y la lucha por la equidad en salud: desafíos para el estado y la sociedad civil. Saude e sociedade [internet]. 2007. Disponible en: https://www.scielo.br/j/sausoc/a/5n6TvXXpRTNydX4CsJsRm5b/?lang=es
6. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. Health Promot Int. 1991;6(3):217–28.
7. Braveman P, Gruskin S. Defining equity in health. J Epidemiol Community Health. 2003;57(4):254–8.
8. Marmot M, Allen J, Bell R, Bloomer E, Goldblatt P. WHO European review of social determinants of health and the health divide. Lancet. 2012;380(9846):1011–29.
9. Organización Mundial de la Salud. Constitución de la OMS. Ginebra: OMS; 2006.
10. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Cerrar la brecha en una generación: equidad en salud mediante la acción sobre los determinantes sociales de la salud. Ginebra: OMS; 2008.
11. Organización Mundial de la Salud. Constitución de la OMS. Ginebra: OMS; 2006.
12. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians: a working document. Ottawa: Government of Canada; 1974.
13. Moraga-Cortés F, Bahia TC, Prada CA. Determinantes sociales de la salud y desafíos para las políticas públicas en salud en Brasil. Cad Saude Publica. 2021;37(3):e00244719. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00244719
14. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Futures Studies; 1991.
15. Whitehead M, Dahlgren G. Levelling up (part 1): a discussion paper on concepts and principles for tackling social inequities in health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2006.

16. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Ginebra: OMS; 2010. (Documentos de debate sobre determinantes sociales de la salud; N.º 2)
17. Subsanar las desigualdades en una generación : alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud : resumen analítico del informe final [Internet]. Who.int. World Health Organization; 27 de agosto de 2008 [citado el 5 de junio de 2025]. Disponible en: https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1
18. Salud y desigualdad en América Latina y el Caribe: la centralidad de la salud para el desarrollo social inclusivo y sostenible [Internet]. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. [citado el 5 de junio de 2025]. Disponible en: https://www.cepal.org/es/publicaciones/68552-salud-desigualdad-america-latina-caribe-la-centralidad-la-salud-desarrollo
19. Marmot M, Wilkinson RG, editors. Social determinants of health. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 2006.
20. Muntaner C, Rocha KB, Borrell C, Vallebuona C, Ibáñez C, Benach J, Sollar O. Clase social y salud en América Latina. Rev Panam Salud Publica. 2012;31(2):166–75.
21. Albala C, Vio F, Yáñez M, Devoto E. El envejecimiento de la población chilena y los desafíos para la salud pública. Rev Med Chile. 2019;147(9):1215–22.
22. Macías-Intriago MG, Haro-Alvarado JI, Piguave-Figueroa TJ, Carrillo-Zambrano GY. Determinantes sociales de la salud y su influencia en la calidad de vida en Ecuador. Salud Vida (Online). 2024;8(16):e4213. doi:10.35381/s.v.v8i16.4213.
23. Herrán Murillo YF, Varela Arévalo MT. Hábitos de alimentación infantil y su relación con las prácticas y conocimientos nutricionales parentales. Rev Chil Nutr [Internet]. 2023 Dec;50(6):617–26. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182023000600617. doi:10.4067/S0717-75182023000600617.
24. Fagundes MLB, Bastos LF, Amaral Júnior OL do, Menegazzo GR, Cunha AR da, Stein C, et al. Desigualdades socioeconômicas no uso de serviços odontológicos no Brasil: uma análise da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019 [Internet]. SciELO Preprints. 2021 [citado 2025 jun 4]. Disponible en: https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/2921
25. Ministerio de Salud de Chile. Encuesta Nacional de Salud 2016-2017: Informe de Salud Bucal [Internet]. Santiago: MINSAL; 2018 [citado 2025 jun 4]. Disponible en: https://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/03/Informe_Salud_Bucal_ENS_2016_17.pdf
26. Morales A, Jara G, Werlinger F, Cabello R, Espinoza I, Giacaman R, et al. Sinopsis de la situación de salud oral en Chile – Parte II: diagnósticos poblacionales de salud oral. *Int J Interdiscip Dent*. 2020;13(2):88–94. doi:10.4067/S2452-55882020000200088.
27. Preshaw PM, Alba AL, Herrera D, Jepsen S, Konstantinidis A, Makrilakis K, et al. Periodontitis and diabetes: a two-way relationship. Diabetologia. 2012;55(1):21–31.
28. Organización Mundial de la Salud. Salud bucodental – hoja informativa [Internet]. OMS; 2022 [citado 2025 jun 4]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health
29. Ministerio de Salud de Chile. Plan Nacional de Salud Bucal 2021–2030 [Internet]. Santiago: MINSAL; 2021 [citado 2025 jun 4]. Disponible en:

https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/12/2021.11.22_PLAN-NACIONAL-SALUD-BOUCAL-2021-2030.pdf
30. Fagundes MLB, Bastos LF, Amaral Júnior OL do, Menegazzo GR, Cunha AR da, Stein C, et al. Desigualdades socioeconômicas no uso de serviços odontológicos no Brasil: uma análise da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019 [Internet]. SciELO Preprints. 2021 [citado 2025 jun 4]. Disponible en: https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/2921
31. Muntaner C, Rocha KB, Borrell C, Vallebuona C, Ibáñez C, Benach J, Sollar O. Clase social y salud en América Latina. Rev Panam Salud Publica. 2012;31(2):166–75.
32. Romero-Martínez M, Shamah-Levy T, Vielma-Orozco E, Heredia-Hernández O, Mojica-Cuevas J, Cuevas-Nasu L, Santaella-Castell JA, Rivera-Dommarco J. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19: Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2020.
33. Cabrera-Muñoz D, García-González A, García-González J. Differences in Caries Status and Risk Factors among Privileged and Unprivileged Children in Colombia. J Clin Pediatr Dent. 2018;42(2):139–44. doi:10.17796/1053-4628-42.2.139.
34. Rivas Sarmiento M, Fierro Flores D. Estudio epidemiológico comparativo de la prevalencia de caries dental y primeros molares permanentes y relación molar en niños escolares de 10 a 12 años de edad, entre una población urbana y una rural, de la provincia de Concepción, departamento de Junín - Perú. Rev Peru Odontol. 1993;5(2):88–95. Disponible en: https://repositorio.essalud.gob.pe/handle/20.500.12959/4444.
35. Mieres Brevis M. La dinámica de la desigualdad en Chile: una mirada regional. Rev Anal Econ [Internet]. 2020 Oct;35(2):91-133. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-88702020000200091&script=sci_arttext
36. Ferreira RC, Senna MIB, Rodrigues LG, Campos FL, Martins AEBL, Kawachi I. Education and income-based inequality in tooth loss among Brazilian adults: Does the place you live make a difference? BMC Oral Health. 2020 Sep 4;20(1):203. doi: 10.1186/s12903-020-01235-3.
37. Martinelli DLF, Cascaes AM, Frias AC, de Souza LB, Bomfim RA. Oral health coverage in the Family Health Strategy and use of dental services in adolescents in Mato Grosso do Sul, Brazil, 2019: cross-sectional study. Epidemiol Serv Saude. 2021;30(4):e2020603. doi: 10.1590/S1679-49742021000400010.
38. Freire DEWG, Freire AR, de Lucena EHG, Cavalcanti YW. Oral health access in Brazil: analysis of inequities and non-access from the service user's perspective, according to the National Primary Care Access and Quality Improvement Program, 2014 and 2018. Epidemiol Serv Saude. 2021;30(3):e2020705. doi: 10.1590/S1679-49742021000300006.
39. Costa F, Wendt A, Costa C, Chisini LA, Agostini B, Neves R, et al. Racial and regional inequalities of dental pain in adolescents: Brazilian National Survey of School Health (PeNSE), 2009 to 2015. Cad Saude Publica. 2021;37(6):e00148220. doi: 10.1590/0102-311X00148220.
40. Darley RM, Karam SA, dos Santos Costa F, Correa MB, Demarco FF. Association between dental pain, use of dental services and school absenteeism: 2015 National School Health Survey, Brazil. Epidemiol Serv Saude. 2021;30(1):e2020512. doi: 10.1590/S1679-49742021000100004.

41. Fleites Did Y, Gispert Abreu E, Quintero Fleites J, Castell-Florit Serrate P, Blanco Barbeito N. Necesidades educativas sobre salud bucodental en el grado preescolar [Internet]. Rev Estomatol. 2021 [citado 2025 Nov 6];28(2):e3069. Disponible en: http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/3069
42. González Ramos RM, Vázquez González JA, Rosales Reyes SA, Rodríguez Suárez S, Solar Carballo OM. Determinantes sociales en la salud bucal de adultos mayores. Municipio Plaza de la Revolución. Rev Haban Cienc Méd [Internet]. 2021 [citado 2025 Nov 5];20(3):e3575. Disponible en: http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/3575
43. Ospina-Lozano EJ, Liscano-Pinzón YD. Caries dental y determinantes sociales de salud en niños de establecimientos educativos de los distritos de Canchaque y San Miguel de El Faique, provincia de Huancabamba, región de Piura, Perú, 2019. Rev Fac Odontol. 2021;33(1):45–55.
44. Maldonado-Maldonado LA, Misnaza-Castrillón SP, Castañeda-Orjuela CA. Inequalities in dental prenatal control in Colombia, an analysis from the IV National Oral Health Study 2013-2014. Biomedica. 2021;41(2):1–28. doi: 10.7705/biomedica.5643.
45. Medeiros ER, Soares MFS, Rebouças DGC, Matos Neta MNC, Silva SYB, Pinto ESG. Ações executadas no Programa Saúde na Escola e seus fatores associados. Av Enferm. 2021;39(2):167-77. doi: 10.15446/av.enferm.v39n2.86271.
46. Castro I, Torrecilla R, Hernández Y, Yero I, Pérez I. Situación de salud bucal en un consultorio médico de la familia. Área Centro, Sancti Spíritus. Rev Haban Cienc Méd [Internet]. 2021 [citado 2025 Nov 5];20(3):e3575. Disponible en: http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/3575
47. Caroline A, Duarte B, Do Amaral RM, Herrera Serna BY, Do Amaral RC. Autopercepción y condición de salud bucal en el anciano [Internet]. 2021 [citado 2025 Nov 6]. Disponible en: http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/3604
48. Bermúdez Espinosa GE, Yeras García MG. Caracterización del estado de salud bucal de la población geriátrica [Internet]. 2021 [citado 2025 Nov 6];25. Disponible en: https://orcid.org/0000-0001-7179-7561
49. Olave-Müller P, Fajreldin V, Coronado Vigueras L, López-Contreras N, Valenzuela T. Necesidades, creencias y prácticas en salud oral de padres y cuidadores de preescolares: un enfoque cualitativo. Int J Odontostomatol. 2021;15:59-68.
50. Garcia Caminha A, Simões Ferreira Santos D, de Toledo Telles Araújo G, Daiane da Silva T, Maria Fischer Rubira C, Sérgio da Silva Santos P. Poor Oral Health Increases the Physical Pain, Psychological Discomfort and Social Incapacity of Individuals with Oncohaematological Diseases La Mala Salud Oral Aumenta el Dolor Físico, el Malestar Psicológico y la Incapacidad Social de las Personas con Enfermedades Oncohematológicas. Vol. 15, Int. J. Odontostomat. 2021.
51. Cayo-Rojas CF, Santillán-Espadín KDR, Nicho-Valladares MK, Ladera-Castañeda MI, Aliaga-Mariñas AS, Cervantes-Ganoza LA. Knowledge about oral health, salivary PH, body mass index and its relationship with dental caries in preschool children. Revista Facultad de Medicina. 2021;69(4).
52. Rodríguez JA, Ramirez LM, Londoño C, Reyes TM. Creencias en salud, hábitos y proceso de autocuidado que conllevan a la salud bucal en la

población de Mistrató durante el 2021 [Internet]. 2022 [citado 2025 Nov 5]. Disponible en: https://digitk.areandina.edu.co/bitstream/handle/areandina/4725/Trabajo%20de%20grado.pdf?isAllowed=y&sequence=1
53. de Araújo Souza GC, Kusma SZ, Moysés SJ, Roncalli AG. Implementation of the Brazilian National Oral Health Policy and its influence on oral health conditions in Brazilian state capitals in the first decade of the 21st century. Cadernos de Saude Publica. 2021;37(12).
54. Campillay MC, Galleguillos FA, Carrasco AC, Araya PD, Mackay VA, Zamorano AC. OPINIONES DE FAMILIAS VULNERABLES SOBRE PROMOCIÓN DE LA SALUD BUCAL INFANTIL: UN ANÁLISIS DE CONTENIDO. Ciencia y Enfermeria. 2021;27.
55. Godoy J, Rosales E, Garrido-Urrutia C. Creencias relacionadas al cuidado de la salud oral en cuidadores de adultos mayores institucionalizados de la ciudad de Antofagasta, Chile, 2019 [Internet]. Odontoestomatología. 2021;23(38): [cited 2025 Nov 5]. Available from: https://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-93392021000201214&script=sci_arttext
56. Danke K, Carvajal C, Borgeat M, Carvajal P. Tendencia de niños y niñas de 6 años libres de caries en Chile entrelos años 2012 y 2019. International journal of interdisciplinary dentistry. 2022 Apr;15(1):33–8.
57. Cavalcante J, Araújo A, de Sousa J, Rosendo J, Castro I. "With a toothache, everything seems to be bad in life!": oral health in the indigenous community of Tremembé, Ceará, Brazil. Interface (Botucatu) [Internet]. 2022 [citado 2025 Nov 5];24:220567. Disponible en: https://doi.org/10.1590/Interface.220567
58. Lucas AS, Fagundes MLB, do Amaral Júnior OL, Menegazzo GR, do Amaral Giordani JM. Association between integrative and complementary health practices and use of dental services among older adults in Brazil: a cross-sectional study, 2019. Epidemiologia e Servicos de Saude. 2022;31(3).
59. Isnaldo Dias-Caldeira F, Baeta-de-Oliveira L, Luiz Bintencourt-Reis C, Cláudia Pedreira-de-Almeida A, Alves-Nogueira D, Coelho-de-Lima D, et al. Use of P-CPQ to measure the impact of oral health on the quality of life of children with special health care needs. 2022; Available from: https://doi.org/10.21615/cesodon.60
60. de Araújo Souza GC, Mourão SA, Emiliano GBG. Time series of the production of dental procedures in the Brazilian National Health System, Brazil, 2008-2018. Epidemiologia e Servicos de Saude. 2022;31(1).
61. Castro-Gutiérrez I, Torrecilla-Venegas R, Hernández-Medero Y, Yera-Cabrera K, Pérez-Muro Y, Rosendiz-Pérez D. Cumplimiento de las metas de salud bucal para 2015 en un consultorio del Médico de la Familia [Internet]. Rev Med Electr. 2022 Feb;44(1):20-31. Disponible en: https://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1684-18242022000100020&script=sci_arttext
62. Munayco Pantoja ER, Pereyra Zaldívar H, Cadillo Ibarra MM. Factores asociados con la caries de infancia temprana severa en niños peruanos [Internet]. Rev Cubana Estomatol. 2022;59(1):e3527 [citado 2025 Nov 05]. Disponible en: https://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75072022000100003&script=sci_arttext
63. Espirituana GM, Castro-Gutiérrez I, Puga CA. Salud bucal en ancianos del Hogar Provincial de Sancti Spíritus. 2022;

64. Carrasco M, Morgado M, Álvarez A, González B, Domínguez L. Diagnóstico educativo sobre salud bucal en escolares de Trinidad [Internet]. Gac Méd Espirituana. 2022;24(1):69-78 [citado 2025 Nov 6]. Disponible en: https://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1608-89212022000100069&script=sci_arttext
65. Rodríguez-Godoy M, Navarro-Saiz LM, Alzate JP, Guarnizo-Herreño CC. Income inequality and early childhood caries in Colombia: a multilevel analysis. Ciencia e Saude Coletiva. 2022;27(6):2325–36.
66. Almario Barrera AJ, Concha Sánchez SC. Influence of social gradient on the oral health of formally employed women. Revista Cuidarte. 2022 Sep 1;13(3).
67. Karam SA, Schuch HS, Demarco FF, Barros FC, Horta BL, Correa MB. Social and racial inequity in self-rated oral health in adults in Southern Brazil. Cadernos de saude publica. 2022;38(3):e00136921.
68. León Ríos RM, Ávalos Baltodano KL. Repercusión de la movilidad social en la salud bucal de migrantes venezolanos en Perú [Internet]. 2022 [citado 2025 Nov 6]. Disponible en: https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/13213/Repercusion_LeonRios_Romy.pdf?sequence=1
69. Zárate N, Noguera P, Zacarias+ A, González C, Recalde R, Giosa G. Estado de salud bucal de mujeres privadas de su libertad del Centro penitenciario Buen Pastor en Asunción Paraguay -2021. Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud. 2023 Jun 9;21(1).
70. do Amaral Júnior OL, Fagundes MLB, Menegazzo GR, do Amaral Giordani JM. Wealth index association with self-reported oral health between white and non-white older Brazilians. Cadernos de Saude Publica. 2023;39(6).
71. Morales E, Lancellotti D. Salud bucal de niños y niñas intervenidos por el programa odontológico Sembrando Sonrisas, Comuna de Ovalle, año 2019. International journal of interdisciplinary dentistry. 2023 Apr;16(1):40–4.
72. Barahona-Cubillo JB, Rojas-Brenes C, Sánchez-Achío T, Stradi-Granados S, Barboza-Solís C. Prevalence of Tooth Loss, Bleeding on Probing and Malocclusion as Oral Disease Indicators in Costa Rican Male Adolescents: a Cross Sectional Study. Odovtos - International Journal of Dental Sciences. 2023 Dec 1;25(1):120–34.
73. Vargas NV, Salinas Zevallos V, Vásquez Julca K, Antonio R, Manco L. Asociación entre el acceso a los servicios odontológicos y la altitud de la residencia de niños peruanos [Internet]. 2023. Available from: http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/4208
74. Guerra-López W, Fernández-Cobo L, López-Varela Y. Nivel de conocimientos de las embarazadas sobre la salud bucal y el período de gestación [Internet]. 2023 [citado 2025 Nov 06]. Disponible en: https://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1684-18242023000400523&script=sci_arttext
75. Ferreira Barbosa M, Pereira Martins L, Madeira Bittencourt J, Martins Paiva S, Baccin Bendo C. Impact of Early Childhood Caries and Parental Oral Health Literacy on the Use of Oral Health Care Services by Children. Caries, Health Literacy and Health Care. Vol. 17, Int. J. Odontostomat. 2023.
76. Amaro C, Fajreldin V, Cornejo M, Espinoza I, Muñoz A, Franco A, et al. Determinación del Derecho a Salud bucal: mujeres postparto e hijos en Santiago de Chile. International journal of interdisciplinary dentistry. 2023 Aug;16(2):125–31.

77. Alexandra AR, Alexander GAJ, Edwin VG. Salud bucal en la primera infancia: estrategia con agentes educativas y acudientes. Rev Cuidarte. 2023 May 1;14(2):e00297. Disponible en: https://www.revistacuidarte.com
78. de Arco-Montiel S, Valencia-Jiménez NN. Barreras para las acciones preventivas en salud bucal percibidas por mujeres embarazadas en Montería, Colombia. Universidad y Salud. 2023 Apr 28;25(2):D15–21.
79. Peña-Alegre M, Porcel IN, Mattos-Vela MA, Villavicencio-Caparó E. Impacto de las alteraciones bucales en la calidad de vida de preescolares peruanos de zonas rurales y urbanas. Odovtos - International Journal of Dental Sciences. 2023 Aug 31;25(3):162–73.
80. Valdes D, Vasquez V, Rangel A. Salud bucal y factores de riesgo en campesinos de la comunidad rural La Picadora, Yaguajay, Sancti Spíritus. Rev Med Espirituana [Internet]. 2023 [citado 2025 Nov 6]. Disponible en: http://revgmespirituana.sld.cu
81. Pérez Pereira JM, de la Mella Quintero SF, Rodríguez Sotolongo Y, Díaz Hernández Z, Concepción Delgado A, Hernández Gutiérrez D. Calidad de vida y salud bucal: percepción de los adultos mayores institucionalizados [Internet]. Medicentro (Villa Clara); 2023;27(4) [citado 2025 Nov 06]. Disponible en: https://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30432023000400008&script=sci_arttext
82. Gambetta-Tessini K, Muñoz-Sandoval C, Reyes-Muñoz Y, Ayala-San Martín L. Percepción de calidad de vida asociada a salud bucal y determinantes sociales en inmigrantes haitianos. International journal of interdisciplinary dentistry. 2023 Dec;16(3):191–6.
83. Ron Martínez J, Piedra Sarmiento X, Paledines Calle S. Relación entre el índice CPOD y la limitación para socializar en escolares de Ecuador. 2023;
84. Ospina-Lozano EJ, Casas-Ramírez LS. Automedicación en salud bucal en Bogotá: estudio etnográfico. Revista Facultad de Odontología. 2023 Sep 7;35(2):6–17.
85. Clavijo Valladares A, Campos Campos K. Nivel de conocimiento sobre salud oral de los padres y su relación con hábitos de higiene oral de sus hijos de 8 a 10 años. 2023;
86. da Silva DEM, Siciliani CC, Desordi JM, Rodrigues F de O, Colet C de F, Kolankiewicz ACB. Calidad de los servicios odontológicos: asociación con características sociodemográficas y de autopercepción. Cogitare Enferm. 2024;29:e20220470. Disponible en: https://www.revistas.unifesp.br/index.php/cogitareenfermagem/article/view/20220470
87. Santos LFR dos, Oliveira ALS de, Andrade FB de, Mauricio H de A, Fávaro TR, Moreira R da S. Acceso a servicios de salud bucal en la Tierra Indígena Xukuru do Ororubá (2017-2018): análisis de indicadores de desempeño. Ciência & Saúde Coletiva. 2024;29(12).
88. Mauricio H de A, Fávaro TR, Moreira R da S. Desigualdad en salud bucal: caracterización del pueblo indígena Xukuru do Ororubá, Pernambuco, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva. 2024;29(12).
89. Vasconez Salazar J, Sierra Zambrano J. Relación de los determinantes sociales y el indice de higiene oral simplificado, en los niños del cantón Manta 2024. 2024;

90. Curo-Valdivia YF, del Castillo-Lopez CE. Factores asociados al impacto de la calidad de vida relacionada a la salud oral en trabajadores de una universidad peruana. Revista Estomatológica Herediana. 2024 Jun 29;34(2):147–56.
91. Ponce Faula C, Zambrano Mendoza A, Rodríguez Alava E, Guillen Macias M, Galarza Santana L. Impacto de la salud bucal en la calidad de vida de escolares de Galápagos, Ecuador. 2024;
92. Díaz-Reissner C, Ledesma A, Morel B, Scavone S. Percepción parental de calidad de vida relacionada con salud oral en niños de 6 a 10 años. Pediatría (Asunción). 2024 Apr 21;51(1):42–8.
93. Díaz Cárdenas S, Perez Puello S del C, Tirado Amador LR. Conocimientos en salud bucal asociados a caries dental y su relación con el binomio padre-hijo, en la ciudad de Cartagena, Colombia. Universidad y Salud. 2024 Nov 12;26(3):51–9.
94. Reyes-Umaña Y, Rojas-Bogante L, Stradi-Granados S, Barahona-Cubillo JB, Barboza-Solís C. Assessing the Determinants of Oral Health-Related Quality of Life Among Male Costa Rican Students: Findings from a Cross-Sectional Study. Odovtos - International Journal of Dental Sciences. 2024 Aug 30;26(3):293–307.
95. Zurita-Herrera JD, Farfan-Mera KP, Hermosa-Gallardo DN, Oña-Toapanta IA, Niama-Bonifaz EJ. Calidad de vida relacionada con la salud bucal en pacientes adultos mayores de los centros gerontológicos del Cantón Pedro Moncayo, Ecuador. Revista Facultad de Odontología [Internet]. 2024;36(1). Available from: https://revistas.udea.edu.co/index.php/odont/article/view/356427
96. Guerra López W, Isabel Torres Gárriz L, Sardiñas Montero E, García Aldave Y, Rivas Torres D, Daniel Estrada López M. Conocimientos sobre salud bucal en adultos mayores de un consultorio médico de Ciego de Ávila Knowledge about oral health in older adults from a medical office in Ciego de Ávila [Internet]. 2024. Available from: http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/45142
97. Martignon S, GUARNIZO-HERREÑO CC, FRANCO-CORTÉS AM, GARCÍA-ZAPATA LM, OCHOA-ACOSTA EM, RESTREPO-PÉREZ LF, et al. Socioeconomic inequalities in early childhood caries: evidence from vulnerable populations in Colombia. Brazilian Oral Research. 2024;38.
98. Soares AR dos S, Cruz CAG da, Fonseca MLV, Chamane LS, Chalub LLFH, Ferreira RC. Education- and income-based inequalities of functional dentition by dental service utilization. Frontiers in Oral Health. 2025;6.
99. Freire LLS, Silva RO da, Feitosa RR, Menezes LXB de, Ishigame RTP, Cavalcanti YW, et al. Analysis of Dental Specialty Center target achievement and associated factors, Brazil, 2019-2022: a cross-sectional study. Epidemiologia e servicos de saude : revista do Sistema Unico de Saude do Brasil. 2025;34:e20240610.
100. Soares LN de S, Cabral AEA, Luz SB de A, Lourenço MAG, Pazinatto RB, Santos BS de M, et al. Sociodemographic, general health and oral health factors associated with difficulty in eating among elderly people: a cross-sectional study, Brazil, 2019. Epidemiologia e Serviços de Saúde. 2025;34.
101. Farias B de O, Araújo LF, Tavares NHC, Oliveira BBR de, Vasconcelos MSL de, Machado SP. Intersectionality of gender, race/skin color and dental loss in adults: cross-sectional study with data from the 2019 Brazilian National Health Survey. Epidemiologia e Serviços de Saúde. 2025;34.

102. Mendes L, Emmanuelli B, Segatto M de C, Knorst JK, Tomazoni F, Araújo G. Determinantes do uso de serviços odontológicos no período pré-gestacional e gestacional: um estudo transversal. Cadernos de saude publica. 2025;41(7):e00179524.
103. Rios-González DN, Rios-González CM, Torales J. Oral health status in people with HIV/AIDS: analysis of the DMFT index in users of a Regional Hospital in Paraguay, 2024. Revista del Nacional (Itaugua). 2025;17.
104. Alipazaga Martinez W, Quea Cahuana E, Mori Guerrero L, Anduaga Lescano S, Manrique Coras M. Nivel de conocimiento sobre salud bucal de cuidadores y su relación con el estado bucodental de sus hijos en un Centro de Salud de Lima, Perú. 2025;
105. Roche Martínez A, Aleida H, Morejón P, Manuel Núñez Pérez B, de Los Án-Geles E, Abreu G, et al. Salud bucal de adultos mayores y utilización de los servicios de la Facultad de Estomatología, La Habana [Internet]. 2025. Available from: http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/4694
106. Ministerio de Salud de Chile. Problemas de salud [Internet]. Santiago: Ministerio de Salud de Chile; 2025 [citado 2025 Nov 5]. Disponible en: https://auge.minsal.cl/problemasdesalud/index/47