



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

POBREZA, RIQUEZA Y LA CARIES DENTAL.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N O D E N T I S T A

P R E S E N T A:

YILIÁ OTHÓN MORENO BAZÁN

TUTORA: MTRA. MIRIAM ORTEGA MALDONADO



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIA

*A Mamá
Mi primera maestra,
soporte y auxilio en toda mi vida.
Gracias por todo Maestra Tere.*

*A mi esposa Alhelí
Por tu ayuda en todo, por todo el amor que me das,
por darme a Santino y el crío que viene,
y por los 100 años que me brindarás a tu lado.*

*A Dante Santino
Mi muchacho, mi astronauta,
mi amigo y mi campeón,
por avivar y ser una razón de mi vida
y darme lo mejor de este mundo: tu cariño.*

*A mi hermana y mis hermanos
Jaritzi: amiga, escucha y colega.
Hunyel: amigo, bienhechor y camarada.
Taiche: amigo y consejo de mucho.
A Claudia, Griselda y Rafael.*

*A mis sobrinos:
Iyari, Liam y Valente,
generación que viene a conquistar al mundo.*

*A mis tíos Ana y Román
y mis primos Erick y Man
por el cariño que siempre me dan.*

*A mi amigo Gerardo Romero
por tu amistad en tantas.*

*A mis suegros Ana, Gerardo y a Yoyo,
por su apoyo y cariño.*

A mi papá por darme la vida.

*A la memoria de Aín
Mi inspiración al elegir esta carrera.
Una mano tiene cinco dedos,
siempre te extrañare hermano.
Requiescit in aeternum.*

AGRADECIMIENTO

*A la Facultad de Odontología y toda la UNAM
Por recibirme e instruirme en mi profesión.*

A mis maestros

*Mtra. Miriam Ortega
Por su ayuda en este último resquicio de mi educación.*

*Mtro. Héctor Ortega y C.D. Luz María Ruiz,
Por sus conocimientos en el final de mi formación.*

*Maestro Pablo Martínez
Quien me enseñó mucho.*

A mis compañeros y amigos de la carrera.

A mis pacientes.

ÍNDICE

	Página
1. Introducción	5
2. Propósito	6
3. Antecedentes	7
3.1 Mortalidad infantil, indicador de salud y bienestar	8
3.2 Nivel socioeconómico, influencia directa sobre la salud	11
3.2.1 Clases socioeconómicas	11
3.3 Desigualdades en Salud	13
3.4 Factores que influyen en la salud: edad, sexo, geográficos y ambientales	19
3.5 Situación de desigualdad en salud en otros países	22
3.6 Políticas en el sector salud	33
3.7 Niveles de pobreza – riqueza y su relación con la caries dental	39
3.8 Políticas y programas de salud bucal	45
4. Conclusiones	49
5. Referencias bibliográficas	51

POBREZA, RIQUEZA Y LA CARIES DENTAL.

1. INTRODUCCIÓN.

A lo largo de la historia de la humanidad, se ha estudiado y demostrado como la alteración de la salud limita el desarrollo de la vida, ya que la salud es uno de los aspectos más importantes, o el más importante de la vida. El nivel de vida puede trastornar la salud, influyendo de manera negativa a cada individuo al carecer de recursos económicos para llevar una vida saludable, o simplemente la incompetencia de adquirir los insumos o medicamentos necesarios para mejorarla en caso de enfermedad; o de manera positiva cuando se tiene un suficiente capital o un nivel económico en el cual se satisfacen todas las necesidades, consiguiendo todo lo necesario para un mejor estatus salubre, o comprando los servicios de salud necesarios en caso de una eventualidad que comprometa la salud de la persona o la familia. Evidentemente la mala salud es generada en la mayoría de los casos por la pobreza, y genera que las personas pobres sigan siendo pobres, ya que la enfermedad y su alta fecundidad tienen un efecto negativo en los ingresos familiares.

La caries dental siendo una enfermedad infecciosa catalogada como un problema de salud pública por su alta prevalencia y de alto costo, se concentra en la población pobre tanto en países en vías de desarrollo como en las naciones industrializadas. La reducción de la prevalencia observada en los últimos treinta años es debido a las políticas y programas de alto impacto implementados por los gobiernos para el combate de la caries dental; como la fluoración de alimentos, productos de higiene bucal o del suministro público de agua potable. Esto revela la importancia y prioridad que le debe dar a los programas e intervenciones necesarias para un mejor estatus de Salud Pública.

2. PROPÓSITO.

El propósito de este trabajo es identificar si existe una relación entre la riqueza y la pobreza económica con la caries dental; mediante el análisis de estudios realizados en México, otros países de América, Asia, África y Europa, haciendo la comparación entre las naciones en vías de desarrollo y los países desarrollados o industrializados, así como entre individuos pobres y ricos.

Con la elaboración de este trabajo y el estudio de los reportes de otros, conoceremos las acciones o intervenciones realizadas por país con la finalidad de disminuir la relación entre la desigualdad económica y los problemas de salud oral, en específico la caries dental.

3. ANTECEDENTES

Tiene una larga historia el estudio de las desigualdades sociales, su influencia directa en la salud y de cómo las enfermedades se concentraban en las zonas de más alta densidad poblacional y en los grupos de la población más pobres o vulnerables, por las malas condiciones de higiene, vivienda, nutricionales, sociales o económicas en las que se encontraban¹.

En el siglo XIX Rudolf Virchow, considerado como el padre de la patología moderna, veía a la medicina como una ciencia social y abogaba por las condiciones de vida de los pobres. También en ese siglo, algunos trabajos expusieron la relación de la enfermedad con la posición social o con la estructura social como el nivel de ingresos, educación, vivienda o la alimentación, con la razón de que ciertas enfermedades infecciosas, como la tuberculosis, la padecían en mayor proporción los trabajadores pobres y sus familias. Así mismo, identificaron uno de los patrones más repetidos en este tipo de análisis, que las tasas más altas de morbilidad se concentraban en los grupos socioeconómicos más bajos¹.

La caries dental es una de las enfermedades de mayor prevalencia en la cavidad oral, la cual es definida como una enfermedad infecciosa originada por la suma e interacción de varios factores, como la dieta, la higiene y la flora bucal presente. Se refiere al reblandecimiento del esmalte, dentina o cemento del diente que llega a formar una cavidad^{2,3}. Este padecimiento ha acompañado al ser humano desde su prehistoria, pero con un patrón en las sociedades primitivas como una enfermedad de bajo impacto en términos cuantitativos y con respecto a su severidad; con la evolución y la introducción de nuevos hábitos alimentarios, principalmente con la industrialización en procesamiento de los alimentos, se transmuta en un padecimiento de alta prevalencia e importante problema de salud pública para muchos países⁴.

3.1 MORTALIDAD INFANTIL, INDICADOR DE SALUD Y BIENESTAR.

A mediados del siglo XVII John Graunt estudio la mortalidad infantil en Inglaterra y concluyo que un tercio de las muertes ocurrían durante los primeros cinco años de vida, siendo los niños los más vulnerables, aunque no importando la clase social de la familia, es de resaltar que los que se encontraban en peores situaciones en su entorno familiar y social padecían más enfermedades, además de que tenían cuidados y tratamientos más deficientes por su incapacidad de cubrir los gastos requeridos para la recuperación de los niños y menos posibilidades de acceder a los servicios de salud por la situación en aquel tiempo⁵. En 1762 en el libro de Juan Jacobo Rosseau, Emilio, o de la educación, expresa: “La actitud de un pueblo o nación hacia sus niños nunca ha sido una indicación de progreso. El niño es un factor menospreciado en todas las fases del desarrollo humano”, denotando la realidad del concepto en la que siempre habían estado los niños⁶. En ese mismo periodo, William Buchan indicó que la mitad de las muertes de toda la raza humana eran las de los niños, poniendo de manifiesto que sin importar el no exponer su vida en la guerra, a riesgos en el trabajo o la decadencia biológica por la mala calidad de vida llevada durante muchos años como en los adultos, era enorme el porcentaje de niños que no alcanzaban la edad adulta y la mala situación en la que se encontraba la infancia de esos tiempos pasados. Siguiendo este argumento, para finales del siglo XIX la mortalidad infantil desplazo la tasa cruda de mortalidad como indicador de salud y bienestar de la comunidad, por relación con el estado general de salud y social de una población. Ya en el siglo XX no solo fue utilizado como indicador de salud, sino también como un objetivo político fijado por los gobiernos, aunque en los resultados al término del siglo mostraron la demagogia de esos objetivos comunicados por los políticos de muchas naciones. Comenzando este siglo se toma el tema de la mortalidad infantil, convirtiendo la reducción de esta, en una “meta del milenio” sumándole el descenso de la pobreza, asumiendo el compromiso de bajar sus niveles en los países⁵.

Cuadro 1. Indicadores utilizados en la construcción del índice de inequidades en salud en América Latina.

Descripción	Año	Unidad	Fuente
Esperanza de vida al nacer	2009	Años	OMS
Tasa de mortalidad de menores de 1 año (probabilidad de morir antes de cumplir 1 año)	2009	Tasa por 1000 nacidos vivos	OMS
Tasa de mortalidad de menores de 5 años (probabilidad de morir antes de cumplir 5 años)	2009	Tasa por 1000 nacidos vivos	OMS
Razón de mortalidad materna	2008	Tasa por 100.000 nacidos vivos	OMS
Partos atendidos por personal de salud cualificado	2000-2010	Proporción	OMS
Cobertura de la inmunización frente al sarampión en niños de 1 año	2009	Proporción	OMS
Población que utiliza fuentes mejoradas de agua potable	2008	Proporción	OMS
Médicos (densidad)	2000-2010	Tasa por 10.000 habitantes	OMS
Número de camas hospitalarias	2000-2009	Tasa por 10.000 habitantes	OMS
Gasto en salud (% del PIB)	2010	Proporción	BM
Gasto total en salud per cápita al tipo de cambio promedio	2008	US\$ per cápita	OMS
Tasa global de fecundidad	2010	Número de hijos por mujer	BM
PIB per cápita	2008-2010	US\$ per cápita	BM
Índice de concentración de GINI	2005-2010	Valores entre 0 y 1	CEPAL
Tasa de alfabetización en personas de 15 años y más de edad	2005-2010	Proporción	CEPAL
Porcentaje de personas pobres	2005-2010	Proporción	CEPAL

Fuente: elaboración propia.

PIB: producto interior bruto; OMS: Organización Mundial de la Salud (Estadísticas Sanitarias Mundiales, año 2011); BM: Banco Mundial (Indicadores de Salud, 2010); CEPAL: Comisión Económica para Países de América Latina y el Caribe.

Fuente: Cardona D y cols. Inequidades en salud entre países de Latinoamérica y el Caribe (2005-2010)⁷.

Se ha encontrado que en las clases sociales bajas existen varias desventajas en salud, como un mayor nivel en el índice de mortalidad infantil, menor peso en los recién nacidos, más enfermedades crónicas, elevados índices de ausentismo laboral y escolar por enfermedad, esperanza de vida baja y valores más altos en factores de riesgo para enfermedades como la obesidad, el tabaquismo y el alcoholismo¹. Las desigualdades socioeconómicas afectan negativamente la salud, especialmente la de los niños porque son más vulnerables tanto biológicamente como socialmente en sus primeros años de vida, como lo menciona el informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2008, destaca que el desarrollo de la primera infancia determina de forma decisiva las oportunidades en la vida de una persona y la posibilidad de gozar de buena salud. La tasa de mortalidad infantil es un indicador que expresa la eficacia de la infraestructura, el efecto del proceso reproductivo y de los entornos ambientales, sociales y económicos que pueden ejercer desfavorablemente en la salud de los niños⁵.

Cuadro 2. Tasas de producto nacional bruto, nacimientos, muertes y de mortalidad infantil, en algunos países latinoamericanos en 1997.

País	PNB	NV	Muertes	TMI
Venezuela	8 130	568	12 496	22
Colombia	6 720	889	21 336	24
Ecuador	4 730	308	12 012	39
Perú	4 410	621	26 703	43
Bolivia	2 860	250	14 750	59
Total		2 636	87 297	33

Nota: PNB: producto nacional bruto per cápita ajustado por el poder adquisitivo de la moneda. NV: número de nacidos vivos (miles). Muertes: número de muertes de menores de 1 año. TMI: tasa de mortalidad infantil por mil nacidos vivos.

Fuente: Schneider y cols. Métodos de medición de las desigualdades de salud⁸.

En una investigación tutelada por el Banco Mundial en 1999, en la que se utilizaron los datos de países en desarrollo pertenecientes a la OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico) se observó que el gasto público en salud tenía un mayor impacto en la mortalidad infantil entre los pobres que entre los no pobres, lo que sirve para reducir la desigualdad en salud mediante la aplicación de programas públicos de salud⁹.

Cuadro 3. Indicadores de recursos sanitarios y saneamiento en América Latina, 2008-2010.

País	Partos atendidos por personal de salud cualificado (%)	Cobertura de inmunización frente al sarampión en <1 año (%)	Población que utiliza fuentes mejoradas de agua potable (%)	Médicos (por 10.000 hab.)	Camas hospitalarias (por 10.000 hab.)	Gasto en salud (% PIB)	Gasto total de salud per cápita ^a
Argentina	99	99	97	31,6	41	8,1	610
Bolivia	71	86	86	12,2	11	4,8	78
Brasil	98	99	97	17,2	24	9,0	721
Chile	100	96	96	10,9	21	8,0	762
Colombia	96	95	92	13,5	10	7,6	317
Costa Rica	99	81	97	13,2	12	10,9	618
Cuba	100	96	94	64	59	10,6	672
Ecuador	99	66	94	14,8	15	8,1	231
El Salvador	84	95	87	16	11	6,9	217
Guatemala	51	92	94	ND	6	6,9	184
Haití	26	59	63	ND	13	6,9	40
Honduras	67	99	86	5,7	8	6,8	121
México	94	95	94	28,9	16	6,3	588
Nicaragua	74	99	85	3,7	9	9,1	105
Panamá	89	85	93	15	22	8,1	493
Paraguay	97	91	86	11,1	13	5,9	161
Perú	83	91	82	9,2	15	5,1	200
Rep. Dominicana	98	79	86	18,8	10	6,2	261
Uruguay	99	94	100	37,4	29	8,4	725
Venezuela	95	83	ND	19,4	13	4,9	597

PIB: producto interior bruto; ND: no disponible.

^a Al tipo de cambio promedio (US\$).

Fuente: Cardona D y cols. Inequidades en salud entre países de Latinoamérica y el Caribe (2005-2010)⁷.

3.2 NIVEL SOCIOECONÓMICO, INFLUENCIA DIRECTA SOBRE LA SALUD.

3.2.1 Clases socioeconómicas.

La población de un país se estratifica en distintas clases sociales dependiendo de sus funciones, costumbres, situación socioeconómica y de la hegemonía social de cada grupo de la sociedad o individual. En México, la Secretaría de Economía publicó en el Diario Oficial de la Federación el 8 de mayo de 2014, el acuerdo por el que se aprueba el Programa Nacional de Protección a los Derechos del Consumidor 2013-2018, donde señala entre otras cosas, que el analfabetismo acrecienta la vulnerabilidad económica, social y cultural de las personas y de las familias que lo sufren, lo cual hace más difícil el acceder a la información disponible, a las actividades económicas mejor remuneradas o a estatus adecuados de capacitación para laborar; y dificulta el acceso y el disfrutar plenamente de los bienes culturales y las expresiones artísticas; todo esto sin mencionar la falta de oportunidades para tener una vida más saludable y con recursos económicos o de acceso a los servicios de salud, oportunidades se pierden al no contar con más recursos económicos que los indispensable algunas veces, para sostener una vida digna. También enlista en seis clases los distintos perfiles que envuelven a determinados grupos de los habitantes del país, acorde con la ocupación o actividad que ejerce dentro de la sociedad mexicana, sus ingresos monetarios, el nivel cultural y su conducta. Las seis clases son¹⁰:

Baja-Baja: Se refiere a los trabajadores temporales e inmigrantes, comerciantes informales, desempleados y gente que vive de los apoyos otorgados por la asistencia social. Se calcula que es el 35% de la población.

Baja-Alta: Constituida por obreros y campesinos. Indica que es la mano de obra de la sociedad, puesto que trabaja arduamente por un salario apenas superior al mínimo. La población estimada perteneciente a esta clase es del 25%.

Media-Baja: Incluye a los oficinistas, técnicos, supervisores y artesanos calificados; con ingresos bajos pero estables. Calculado en 20% de la población.

Media-Alta: Comprende a los hombres de negocios y profesionales que han triunfado que tienen buenos y estables ingresos económicos. Con 14% de los habitantes del país.

Alta-Baja: integrada por las familias que han sido ricas por varias generaciones atrás. Sus ingresos económicos son elevados y estables. Solo el 5% de la población se estima que pertenezcan a esta clase social.

Alta-Alta: Compuesta por las familias que siempre han sido ricas por tantas generaciones que no se sabe el tiempo desde el cual lo son ni como obtuvieron esa fortuna. Únicamente son el 1% de la población nacional.

En la sociedad mexicana, como en muchas otras de diferentes naciones, la riqueza determina el estatus, y las posesiones materiales son un indicador de valor y riqueza; en cada clase social los individuos intentan alcanzar un estatus elevado con merito en sus posesiones. Esta clasificación sólo toma como referencia la actividad económica a la que se dedican las personas y la cantidad de dinero que es recibida a cambio de su trabajo, no toma en cuenta otros indicadores como los bienes que poseen, casa o automóvil; ni otros como el acceso o la disposición de servicios de salud, tanto públicos como privados, ni la estructura familiar o la dependencia económica en la que se encuentran¹⁰.

Figura 1. Porcentaje de hogares y personas por clase social en 2010.

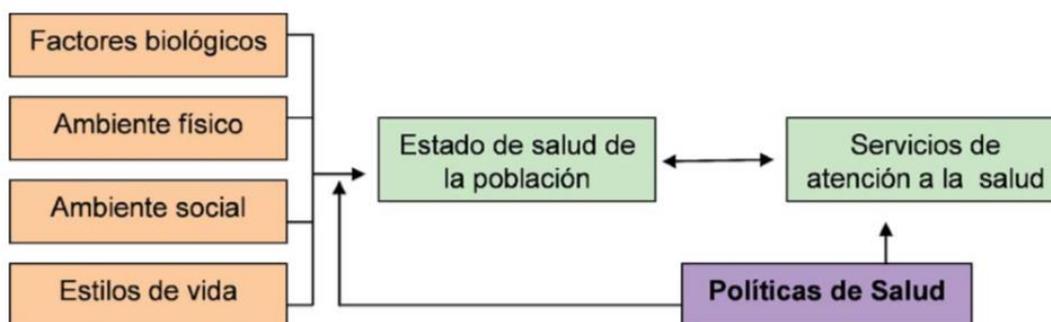


Fuente: Clases Medias en México: Boletín de investigación INEGI, 2013¹¹.

3.3 DESIGUALDADES EN SALUD.

Ciertas características sociodemográficas como la edad, sexo, estado civil, nivel de estudios, etc., influyen a través de una serie de factores ligados a la conducta, como el tabaquismo, el consumo de alcohol o alguna droga; y las condiciones materiales de la vida, la vivienda, la ocupación, el estrés psicosocial, la cobertura y acceso a los servicios de salud. Características no tan notables en otras situaciones, pero muy relevantes cuando se analizan los resultados sanitarios. Estos factores determinan el estado general de salud en la que se han de encontrar los habitantes una comunidad, sumándole el nivel económico al que pertenecen, ya que se puede encontrar en diversos estudios que en las diferentes regiones donde la distribución de la riqueza es de forma más desigual y las condiciones de la vida en general son menos favorables, son muy altos los valores de los índices de morbilidad y mortalidad, y la percepción del estado de salud de los habitantes es peor al encontrado en zonas con mejor ambiente, más infraestructura en todos los ámbitos y mayor nivel socioeconómico¹.

Figura 2. Factores que afectan la salud de la población según Modelo Lalonde.

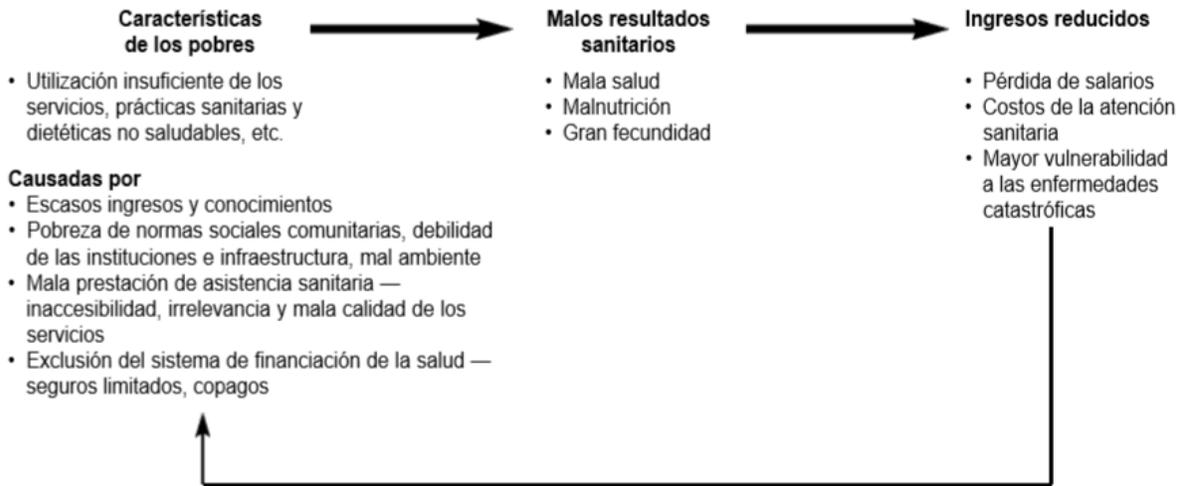


Fuente: Medina-Solís C y cols. Políticas de salud bucal en México: disminuir las principales enfermedades¹².

La desigualdad y la igualdad son conceptos relativos a las dimensiones y se refieren a cantidades medibles; en diferente sentido la desigualdad y la equidad son conceptos

políticos expresados con el compromiso moral y la justicia social, siendo así llegamos al precepto de que: no toda desigualdad tiene necesariamente un carácter injusto¹³. Las desigualdades corresponden a las limitaciones y a la falta de oportunidades muy distintas que tienen los ricos de los pobres y no a una tendencia de los dos grupos a hacer elecciones que los benefician o los perjudican. Los efectos adversos de la mala salud que modifican el nivel de vida familiar, también son considerados como asuntos de justicia social; esto si se ve desde la perspectiva de que la pérdida de ingresos y pagos por la atención médica asociados a la mala salud son la consecuencia de gastos no planeados o choques sanitarios. En algunos casos estos gastos son la mayor partida presupuestal familiar y conducen al planteamiento de que tales choques sanitarios deberían de ser soportados por la comunidad en conjunto en lugar de que tengan tan negativas repercusiones sobre la desigualdad de ingresos económicos y la pobreza de los sectores más vulnerables de la sociedad⁹.

Las desigualdades en salud son casi siempre en perjuicio de los más pobres, pues en ese sector es donde los índices de morbilidad son los más elevados en comparación con las clases sociales con mejor nivel de ingresos⁹. Estas desigualdades asociadas con el nivel socioeconómico son grandes y van en aumento en la mayoría de los países no importando si son naciones ricas o pobres; la mayoría de las teorías que explican esto utilizan indicadores del nivel socioeconómico como el ingreso económico, escolaridad, ocupación, raza o etnia entre otros; a través de los cuales la salud se distribuye de manera desigual¹⁴.

Figura 3. Ciclo de la salud y la pobreza.

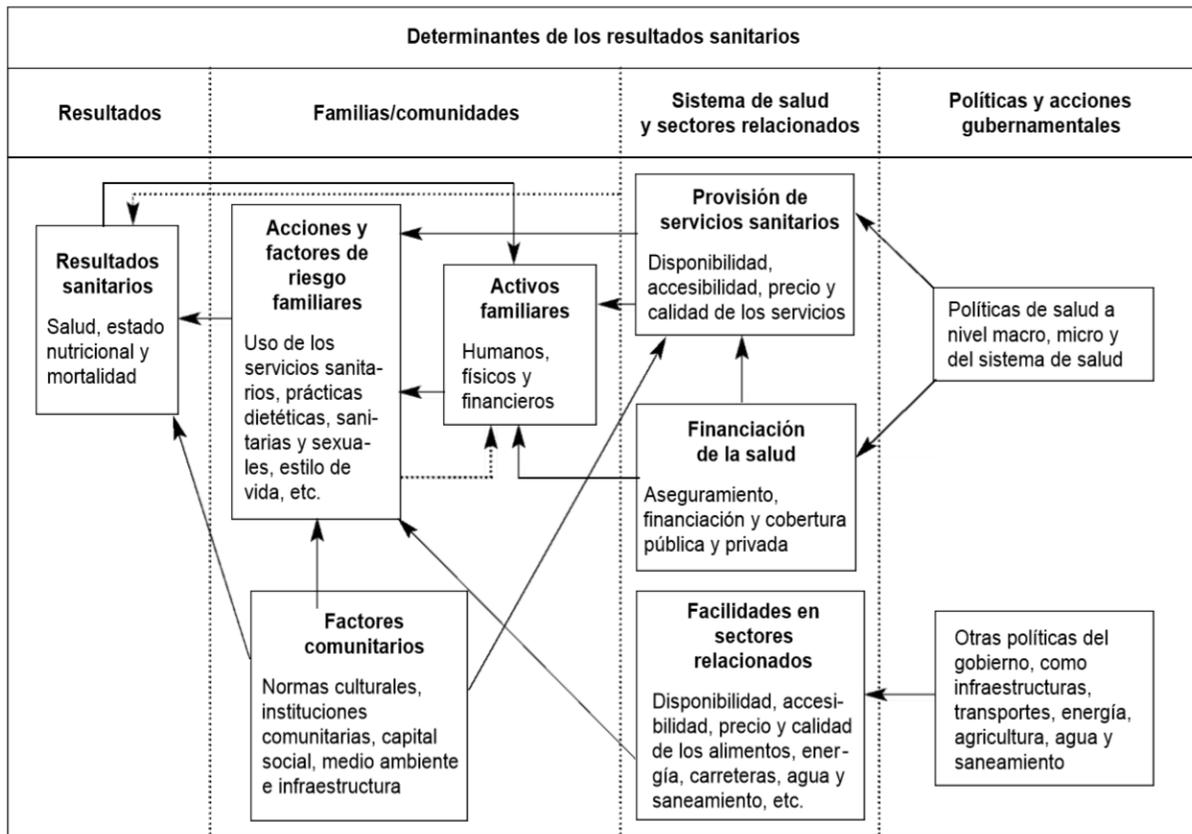
Fuente: Wagstaff Adam. Pobreza y desigualdades en el sector de la salud⁹.

Existe importante evidencia que señala a factores más relacionados con la estructura social como agentes etiológicos, que a los factores individuales o exclusivamente biológicos como causantes de enfermedades; denotando las desigualdades en salud desde un punto de vista donde los comportamientos con respecto a la salud de los individuos no son simplemente libertades de escogencia, sino determinados por el medio social en el que las personas viven, trabajan y llevan a cabo su vida cotidiana. Esta configuración de la estructura social de donde depende el estado de salud, provoca situaciones de riesgo que influyen en distinta magnitud a los individuos según sea su posición frente a las oportunidades de la vida. Las desigualdades en salud no se sustentan únicamente en la comparación rico-pobre, se mantienen más por la relación del sesgo de las personas, de lugares y estratos más saludables que los que están por debajo de éstas y muy alejadas; ni solamente por la conducta y el estilo de vida, problemas relacionados con el medio social que siempre han sido atribuidos a la población de forma individual^{3,4}.

Una forma de control social es ésta ideología de la responsabilidad individual, que considera a las personas como seres independientes de su entorno, ideología encaminada muchas veces a la evasión de responsabilidades o culpabilizar al individuo por su estado de salud por parte de los gobiernos o más directamente de las instancias encargadas de la salud quienes promueven esta idea, y si los resultados son deficientes en los programas promovidos, aunque no le llegue la terapia farmacológica, psicológica o pedagógica él es el responsable de mantener su buena salud. Esto reemplaza la intervención terapéutica por el modelo en el cual el comportamiento del sujeto es el responsable de su salud y pobreza, manteniéndolo bajo el control del sistema de salud; se observa con este modelo que el sistema funciona y las personas no¹.

En el informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 1987 define la desigualdad en salud en toda su extensión ética y moral y no exclusivamente estadística, dado que para caracterizar de desigual a una situación debe dictaminarse y juzgarse la causa como injusta, poniéndola en el contexto de lo que está ocurriendo en el resto de la sociedad. Las herramientas que permiten llegar al bien común en salud son dirigidas a las opciones de comportamiento individual, porque se considera que pueden estar restringidas a las nociones positivas en salud en el caso de escoger libremente la situación de riesgo; la diferencia en el estado de salud que se llegue a observar no es injusta porque en ello radica el criterio de desigualdad. De ésta manera se revelan grados de libertad que atenúan el grado de injusticia presente; así la desigualdad en salud muestra un componente de elección individual, de libre albedrío y estilo de vida, a las cuales las instituciones no responden por formar parte del campo de la intimidad de la persona, con el objeto de canalizar estas desigualdades hacia la casualidad y fruto de la vida insana llevada por cada individuo¹.

Figura 4. Mapa conceptual para entender las desigualdades en salud.



Fuente: Wagstaff Adam. Pobreza y desigualdades en el sector de la salud⁹.

Este abordaje lo encamina hacia un problema en el cual las reformas de las instituciones sanitarias cambian el enfoque donde los ciudadanos con derechos pasan a ser clientes cambiando la relación entre el estado y el ciudadano; pretendiendo incorporar elementos de mercado en base a necesidades y no a derechos, con la idea de que la responsabilidad de la demanda de servicios de salud recaiga en el potencial enfermo (paciente-cliente), que el sistema controle el derroche o exceso y que se ajusten los tratamientos a los problemas de salud definidos y sujetos a procesos de control desde el propio sistema de salud. Se resalta el estilo de vida como concepto aplicable a un ciudadano común, que requiere de reeducación y disciplina para incorporar hábitos sanos¹.

El mal estado de salud es asociado a la no atención oportuna debido a los altos costos de los servicios médicos y de los medicamentos, así la pobreza y el bajo ingreso monetario son causantes de esta mala salud. Esto es porque las personas pobres sufren de privaciones que se reflejan en los altos niveles de mala salud, esto es un círculo vicioso donde la pobreza genera mala salud y la mala salud provoca mantener la pobreza. Los pobres tienen una menor probabilidad de contar con un seguro de gastos médicos ya sean privados o públicos, y a veces esta situación es descalificada por la exclusión de honorarios, aunque en la realidad tienen el efecto de dispensar de pago a los casi pobres más que a los pobres⁹.

3.4 FACTORES QUE INFLUYEN EN LA SALUD: EDAD, SEXO, GEOGRAFICOS Y AMBIENTALES.

Se debe tomar en cuenta la influencia de la situación ambiental y geográfica; es casi imposible asistir al centro de salud si los caminos de una comunidad aislada se encuentran en mal estado durante la temporada de lluvias; y es difícil mantener buenas prácticas de salud cuando la comunidad se encuentra en malas condiciones de saneamiento y mal suministro de agua³.

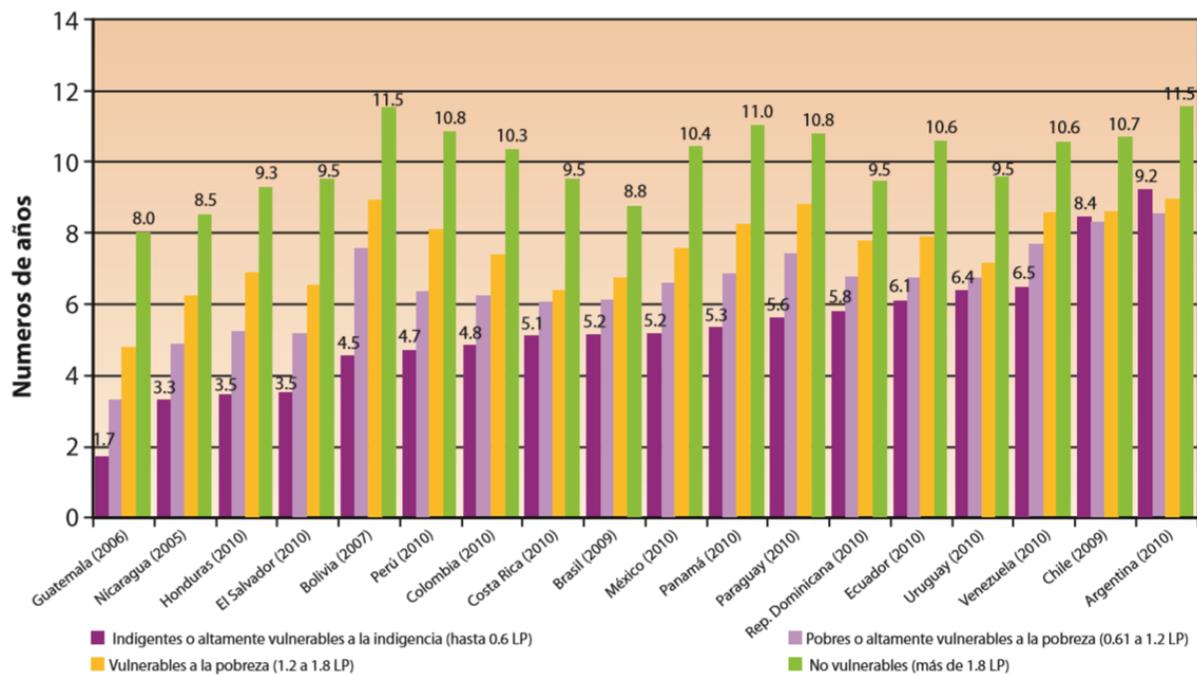
Los pobres tienen más probabilidades de estar en desventajas a nivel de la comunidad, como la ubicación de su domicilio; por ejemplo: tienen mayores probabilidades de vivir en zonas más aisladas, con difícil acceso a cualquier servicio público; sumando el hecho de que en las comunidades marginadas, las presiones sociales entre los adolescentes tienden a ser más fuertes en torno a los malos hábitos o vicios; y las actitudes hacia las mujeres son menos favorables, como se muestran en los resultados sanitarios. En los estudios aparece como una variable importante la distancia que tienen que viajar las personas para acceder a los servicios de salud públicos; y otros factores como el sistema de transporte, la infraestructura vial y factores geográficos. La distancia suele tener una gran repercusión por el gasto económico empleado en recorrerla, y tiende a reducir la utilización o aplazar la visita al centro de salud, principalmente en la gente pobre, también influenciados por la mala calidad de servicio que encontrarán³.

Los seguros pre pagados tienden a aumentar el uso de los servicios de salud, así como la calidad percibida de estos servicios también incrementa la demanda. La desventaja de los pobres aparte de viajar más largas distancias para llegar a los servicios sanitarios, también es la calidad técnica que incluye el servicio y las comodidades, que tienden a ser comparativamente menores en los servicios disponibles para los pobres³.

La importancia de que las personas vivan en un territorio, sea más rico o más pobre que otro, que exista una mayor o menor igualdad en la distribución de la riqueza, que haya un mayor o menor riesgo de pobreza, que los gobiernos inviertan más o menos en

salud pública, que los seguros sean privados y estén más o menos extendidos, que el territorio sea más industrial y urbano o rural, que la población esté más o menos envejecida, que estén concentradas las personas en grandes núcleos o dispersa, que el nivel de estudios sea más o menos alto, que ciertas poblaciones sufran de una mayor o menor inmigración residente; son factores que influyen en el estado de salud de los habitantes, ya que forman parte de procesos y marcos de relaciones sociales distintas y desiguales¹.

Gráfica 1. Promedio de años de educación de las personas de más de 25 años de cada categoría de vulnerabilidad.



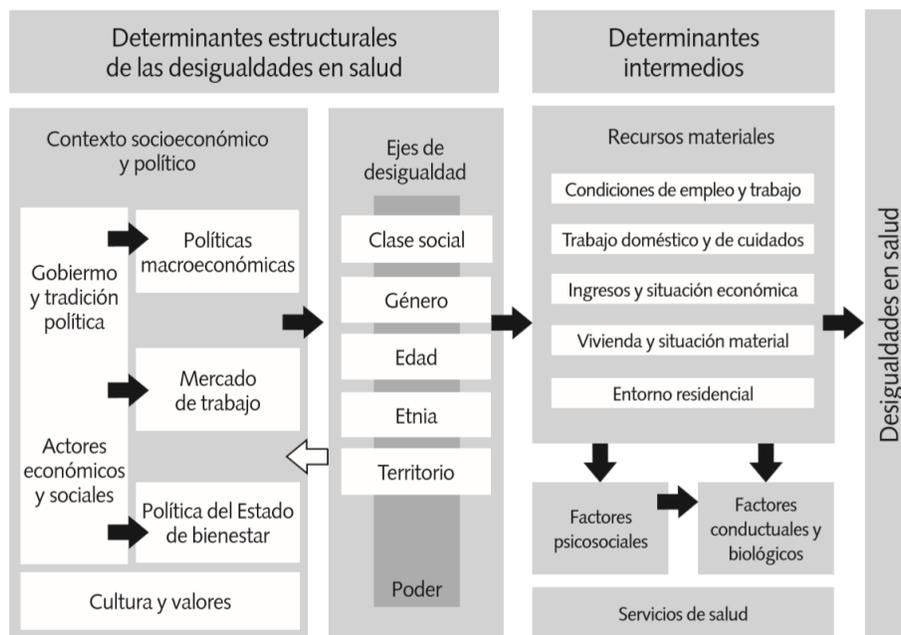
Fuente: Cecchine y cols. Vulnerabilidad de la estructura social en América Latina; medición y políticas públicas¹⁵.

Se deben incluir objetivos factibles de reducción de las desigualdades en salud en los planes y programas de salud, además de destinar los recursos necesarios para la consecución, evaluación y publicación científica de los resultados para el mejoramiento o cambio de estrategia oportuno; Encaminar las intervenciones a las poblaciones que muestren diferencias en salud y no solamente a las clásicamente vulnerables, como en las ciudades; financiar los estudios sobre la evaluación de las acciones frente a las desigualdades; mejorar la accesibilidad y la utilización de los servicios públicos

preventivos, para los grupos poblacionales más vulnerables, discapacitados, migrantes e indígenas⁹.

A medida que aumentan los ingresos económicos, también mejoran la mayoría de las prácticas dietéticas; igual que las prácticas higiénicas, por ejemplo: el lavado de manos frecuente y la eliminación adecuada de los desechos humanos, como la basura y las heces. Los activos humanos de conocimiento: alfabetización y educación; cuyos niveles tienden a ser más bajos entre las clases sociales más pobres; influyen sobre las decisiones familiares con respecto a los determinantes inmediatos de la salud. La educación, especialmente la educación de las mujeres, tiene una gran asociación con muchas conductas y acciones que motivan la buena salud, incluso luego de controlar el efecto de los ingresos monetarios. Pero no solo importa el estatus de estas variables, sino también su distribución en cada hogar, primordialmente entre los hombres y las mujeres. El escaso control de las mujeres sobre el capital familiar, que se mira más frecuente en los hogares pobres, a menudo afecta negativamente el estado de salud de sus familias y de ellas mismas³.

Figura 5. Determinantes sociales de la salud.



Fuente: Zúñiga Fajuri A. Desigualdad Sanitaria, libertarismo e igualitarismo²⁹.

3.5 SITUACIÓN DE LA DESIGUALDAD EN SALUD EN OTROS PAÍSES.

En Europa se han medido, desde hace mucho tiempo, las desigualdades socioeconómicas en el ámbito de la salud; que abarca tanto la metodología, como los análisis empíricos. En otras regiones del mundo, sobre todo en los países en vías de desarrollo, son menos los estudios que se han realizado sobre el tema³.

Las desigualdades en salud tienden a ser más pronunciadas cuando se analizan con los indicadores objetivos de mala salud, como las medidas antropométricas de malnutrición y la mortalidad; que con los indicadores subjetivos. Tanto en países ricos como en países en vías de desarrollo, los indicadores son de enfermedades de largo plazo o crónicas y la limitación de actividades productivas; y muestran desigualdades que son desventajosas para los pobres³.

Los indicadores para medir la situación de salud utilizan los datos de morbilidad y mortalidad; la medición de las desigualdades utiliza datos de encuestas e incorpora conceptos como necesidad, acceso y efectividad. El riesgo atribuible poblacional es uno de los indicadores más conocido en el campo de la salud⁸.

Los diferentes factores domésticos y comunitarios con influencia directa sobre los resultados sanitarios son nombrados como: determinantes inmediatos de la salud. Las desigualdades varían según las determinantes inmediatas de la salud y al igual que en las mismas desigualdades sanitarias, también según cada país, tienden a ser peores en los hogares pobres que en los pudientes³.

El Reino Unido es pionero en el estudio de las desigualdades y otros países Europeos en los últimos años, como Suecia, Países Bajos, Bélgica, Noruega, España, Irlanda, Francia; y de otros continentes como Australia o Canadá han elaborado informes que muestran la asociación entre la desigualdad social y una peor salud⁹.

En América Latina las desigualdades entre los pobres y los ricos, con respecto a la salud de los niños, son mayores que en otras partes del mundo en desarrollo, con cualquiera que sea el indicador sanitario utilizado. En contraste, las desigualdades y la mortalidad infantil de uno a cuatro años y la desnutrición son menos pronunciadas en

el África Subsahariana que en el norte de África, Asia y el Cercano Oriente; pero con las infecciones de las vías respiratoria agudas y la diarrea ocurre lo contrario³.

Las desigualdades socioeconómicas parecen aumentar en vez de disminuir, aun cuando existen muchos programas dirigidos a disminuir estos índices en muchos países; esto es tanto para las naciones en vías de desarrollo como para el mundo industrializado³.

Existen evidencias para considerar como cierto que las intervenciones microeconómicas no estructurales y macroeconómicas, son rentables, por ejemplo en Australia han reducido las desigualdades en salud en los últimos años y se atribuye a los cambios en los estilos de vida, concretamente, el impacto de las políticas e intervenciones por parte del estado en el consumo de tabaco en las clases sociales más perjudicadas⁹.

En algunos países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico OCDE, existe una aceptación de la idea de que tanto los pagos de bolsillo como los pagos destinados a los planes de seguros de protección de la salud, deberían estar relacionados directamente con los ingresos familiares. Idea que ha sido sustentada por la OMS. Los ingresos perdidos en pagar los servicios de salud, probablemente sean la causa de empobrecimiento más importante, que con los pagos de bolsillo por estos servicios sanitarios³.

En los países de la OCDE, las personas pobres tienden a utilizar los servicios de salud más que las personas que tienen mayores recursos monetarios y pueden pagar por esos servicios. En las naciones en vías de desarrollo, los niños pobres tienen una probabilidad de estar vacunados muy inferior a la de los niños ricos; esto es así, incluso en los países con programas nacionales de vacunación, como en México, que proporcionan los servicios de salud de forma gratuita³.

Los pagos de bolsillo son regresivos e algunos países pertenecientes a la OCDE, como en Bangladesh, Burkina Faso, China, Paraguay, Sierra Leona y Tailandia; sin embargo en los países en desarrollo son proporcionales a los ingresos como ocurre en Vietnam, o progresivos como en Guatemala, India, México, Nepal y Sudáfrica. En el primer grupo

de países los pobres utilizan los servicios de salud, pero pagan una cuota acorde a sus ingresos, mientras que en el último grupo los ricos son principalmente los que usan y pagan los servicios de salud³.

Cuadro 4. Indicadores de inversión social, cobertura de protección social, salud y educación en América Latina, 2010.

Indicador	Grupo I	Grupo II	Grupo III	América Latina
	Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, Panamá, Uruguay	Colombia, México, Venezuela (Rep. Bolivariana de)	Bolivia (Estado Plurinacional de), Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Paraguay, Perú, Rep. Dominicana	
Gasto social				
Gasto público social per cápita (en dólares)	1 275	734	249	672
Gasto público social como % del PIB	21.3	12.4	11.4	14.9
Gasto público en seguridad y asistencia (en dólares)	540	264	69	270
Gasto público en salud (en dólares)	292	135	56	147
Gasto público en educación (en dólares)	335	184	108	196
Cobertura en protección social, salud y educación				
Ocupados afiliados a la seguridad social (en %)	62.6	33.9	24.5	38.9
Cobertura de pensiones y jubilaciones. Áreas urbanas (en %)	75.5	36.4	16.2	39.9
Cobertura de aseguramiento en salud (en %)	69.7	45.6	17.2	39.4
Porcentaje que declara gasto de bolsillo en salud	23.3	35.1	72.1	49.7
Tasa neta de asistencia a educación secundaria	91.0	88.6	83.0	86.6

Fuente: Cecchine y cols. Vulnerabilidad de la estructura social en América Latina; medición y políticas públicas¹⁵.

En muchos países de la OCDE la progresividad de los pagos indirectos es más que suficiente para compensar la regresividad de los pagos directos. Lo preocupante de la regresividad de los pagos de bolsillo es que no se tome en consideración la posibilidad de ser compensados al menos en parte por la progresividad de los pagos como los impuestos, las contribuciones a la seguridad social y las primas de los seguros³.

El dinero destinado a la salud de las familias, no debería ser más que un porcentaje determinado de sus ingresos. Y los pagos superiores se deberían de clasificar como catastróficos. En varios países de la OCDE las familias de habían gastado recientemente en la atención sanitaria la mitad o más de sus recursos que emplean para alimentación³.

En los Países Bajos se inició una ruta sistemática hacia la reducción de las desigualdades, financiando intervenciones de proyectos experimentales, donde se busca disminuir las diferencias económicas y directamente dirigidas a reducir los efectos de la mala salud entre la gente pobre, los efectos de la pobreza y las desventajas socioeconómicas en la salud, mejorar la accesibilidad y la calidad de los servicios de salud; por ejemplo: aumentando el porcentaje de niños de bajos recursos con protección la protección en salud, o disminuyendo a la prevalencia de obesidad entre los habitantes de mayor y menor ingreso económico⁹.

En otro estudio se identificó que las diferencias entre los países de la OCDE con relación a la magnitud de la desigualdad e inequidad en la utilización en salud, expone la diferencia entre los pobres y los ricos con respecto al dinero pagado por el usuario, pero no el nivel de cobertura de los seguros de salud. Se ha informado que la progresividad de los pagos combinados directos e indirectos por la atención en salud, muestran la mezcla financiera del sistema en los sistemas financiados por impuestos; los pagos tendieron a ser proporcionales a los ingresos en sistema de seguridad social y ligeramente progresivos; y en los sistemas con financiación privada tendieron a ser regresivos³.

Cuadro 5. Resultados de equidad de diferentes métodos de financiación de los servicios de salud.

Método de financiación	Movilización de fondos	Acceso a los servicios sanitarios	Protección financiera
Impuestos generales			
Países de renta alta	Tiende a ser progresiva (las personas de renta más alta pagan más)	Aparte de EEUU, existe un acceso equitativo	Igualitaria en países con SNS (excepto EEUU)
Países en desarrollo	Alta variación. Menor gasto público destinado a ello	Tiende a ser regresivo ya que las clases aventajadas tienen mayor acceso	Progresiva cuando los hospitales públicos son gratuitos
Seguridad social			
Países de renta alta	Suele ser proporcional	Progresivo	Igualitaria si la cobertura es universal
Países en desarrollo	Suele ser proporcional	Sólo cubren a las clases medias y altas. En general es regresivo.	Sólo protege a los trabajadores/as asegurados
Seguro privado			
Países de renta alta	Muy regresiva	Los asegurados tienen acceso igualitario	Sólo los asegurados
Países en desarrollo	Regresiva	Los asegurados tienen acceso igualitario	Sólo los asegurados
Pago privado			
	Muy regresiva	Regresivo	No existe protección
Financiación comunitaria			
	Regresiva a no ser que sea subvencionada	Acceso igualitario para los miembros	Progresiva para los miembros

Fuente: Borrell C, Desigualdades y Servicios de Salud¹⁷.

Suecia es un ejemplo de la implementación correcta de políticas para beneficio de la población. En 1997 el gobierno nombró una comisión nacional de salud pública para definir los objetivos nacionales de salud y las estrategias para alcanzarlos, los cuales debían contribuir a la disminución a las desigualdades en salud. Se formó esta comisión por representantes del parlamento, expertos asesores de universidades, sindicatos y organizaciones no gubernamentales. Se desarrolló en tres fases; la primera se elaboró un informe sobre la situación general y asentaron los principios para desarrollar el trabajo. Fue difundido y sometido a consulta. En la segunda fase fue realizado un informe donde se presentaron las propuestas para la estrategia de salud pública,

elaborado por personas expertas en el tema. La fase tres fue una recopilación de opiniones sobre el segundo informe y también de nuevos análisis de expertos; posteriormente se redactó el informe definitivo que finalizó en el 2008, donde contenía fundamentalmente aspectos relacionados con investigación, los sistemas de información y la coordinación. Es de destacar en esta estrategia el trabajo conjunto con expertos, un enfoque en los determinantes de salud, una implementación multisectorial, la petición de evidencia científica por parte del gobierno y sobresale el proceso democrático para el desarrollo de la estrategia¹⁸.

Objetivos de la salud pública de Suecia.

-
1. Participación e influencia en la sociedad
 2. Seguridad económica y social
 3. Condiciones seguras y favorables durante la infancia y la adolescencia
 4. Una vida saludable en el trabajo
 5. Ambientes y productos saludables y seguros
 6. Servicios de salud que promuevan más activamente la buena salud
 7. Protección efectiva contra las enfermedades transmisibles
 8. Sexualidad segura y buena salud reproductiva
 9. Aumento de la actividad física
 10. Dieta saludable y alimentos seguros
 11. Prevención del tabaquismo y del consumo excesivo de alcohol, una sociedad libre de drogas ilegales y *dopins*, y reducción de los daños asociados a la adicción al juego
-

Fuente: Borrell Carme, Artazcoz Lucia, Las políticas para disminuir las desigualdades en salud¹⁸.

Otro ejemplo de un programa que ha tenido buenos resultados es el de “Barrio adentro” en Venezuela. En la década de los ochentas Venezuela se caracterizó por reducir el financiamiento a los servicios de salud, la privatización de estos, la poca inversión en mantenimiento de infraestructura sanitaria, la fragmentación y la desarticulación de instituciones. Todo ello impulsado por las políticas neoliberales del Banco Mundial y del Banco Interamericano de desarrollo, como ocurrió en otros países de América Latina,

sumando el aumento de la pobreza y las desigualdades socioeconómicas en esa década. En 1999 Venezuela aprobó la nueva constitución y comenzó la redacción colectiva de un nuevo modelo económico y social, encaminado a la salud como un derecho social primordial y garantizado por el estado, en corresponsabilidad con los habitantes y con la garantía de la participación activa y protagonista de las comunidades organizadas. En estas reformas se modificó que la renta petrolera no solo se destinaría a la financiación de la atención sanitaria, sino también a los programas sociales que mejoren las condiciones y la calidad de vida. Se construyen redes ambulatorias formadas por los consultorios populares, puntos de consulta de Barrio adentro, los ambulatorios rurales y urbanos del ministerio de salud, las boticas populares, los consultorios de odontología, los centros de vacunación y las ópticas de Barrio adentro¹⁸

Cuadro 6. Inversión pública en salud en Venezuela (2000-2006).

Año	Porcentaje del presupuesto ordinario de salud sobre el presupuesto nacional	Porcentaje del presupuesto ordinario y extraordinario de salud sobre el presupuesto nacional	Porcentaje del presupuesto de salud sobre el PIB	Porcentaje del presupuesto ordinario y extraordinario de salud sobre el PIB
2000	6,09	6,09	1,80	1,80
2001	6,16	7,34	1,94	2,27
2002	6,61	8,90	1,94	2,63
2003	6,36	11,75	1,97	3,47
2004	6,46	18,81	1,88	5,56
2005	5,94	31,00	1,85	9,17
2006	5,76	26,08	1,75	7,71

PIB: producto interior bruto.

Fuente: Borrell Carme, Artazcoz Lucia. Las políticas para disminuir las desigualdades en salud¹⁸.

Las características de estos centros de salud son la territorialización donde cada consultorio garantiza el acceso y la cobertura a por lo menos trecientas familias; la integralidad, donde funcionan según el modelo de atención integral, desde la promoción de la salud y la calidad de vida mediante acciones educativas preventivas, curativas y rehabilitadoras; con la participación constante de la comunidad y la intersectorialidad

que articula todas las políticas sociales. Para el 2006 se habían registrado 8951 comités de salud elegidos en asambleas populares. Aunque no ha terminado el proceso, este sistema público de salud es un ejemplo, para otros países con una situación similar, de las políticas bien empleadas, basadas en la atención primaria de salud que ratifica la importancia de incorporar a la salud como un derecho universal¹⁸.

Cuadro 7. Número de médicos existentes en países del área andina, 1997.

País	PNB ^a	Médicos por 10 000 habitantes	Población	No. médicos existentes	No. médicos en caso de igualdad	Diferencia
Venezuela	8 130	24,2	22 777	55 120	29 579	25 541
Colombia	6 720	9,3	37 068	34 473	48 138	13 664
Ecuador	4 730	13,2	11 937	15 757	15 502	255
Perú	4 410	10,3	24 367	25 098	31 644	6 546
Bolivia	2 860	5,8	7 774	4 509	10 096	5 587
Total		13,0	103 923	134 957	134 957	51 593

Nota: PNB: producto nacional bruto per cápita ajustado por el poder adquisitivo de la moneda. Población: población total del país (miles).

Fuente: Schneider María C. Métodos de medición de las desigualdades de salud⁸.

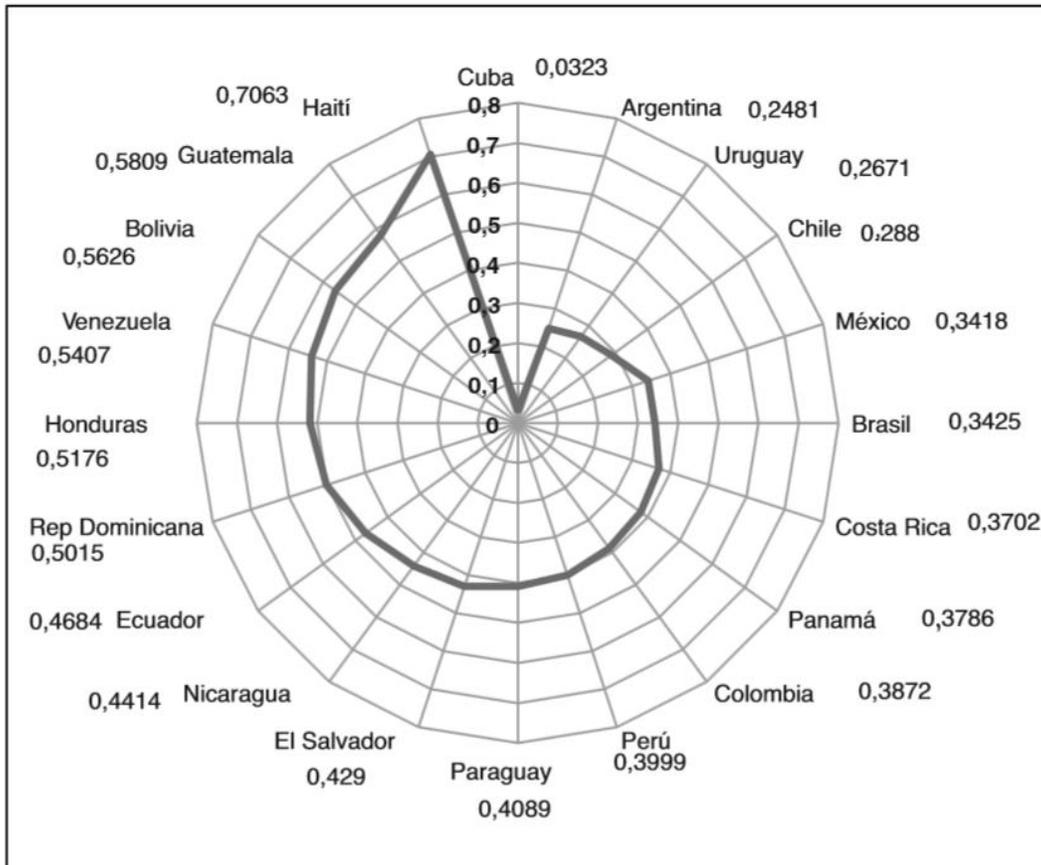
En un estudio en Egipto en donde se examinó la desigualdad en la cobertura de salud, entre niños pobres y ricos, con el programa de seguro de salud escolar, el cual estaba a ser destinado a beneficiar a todos los niños que estuvieran estudiando de los seis a los 18 años de edad. El problema de este seguro se identificó en que los niños más pobres tenían más probabilidades de estar escolarizados, y que los niños que todavía no contaban con el seguro tenían más probabilidades de ser pobres³.

La incapacidad de los servicios de salud de los países en vías de desarrollo para llegar a la gente pobre, a pesar de su mayor carga de atención a los enfermos necesaria, no es exclusivamente una cuestión de quienes tienen más dinero y usen sus mayores ingresos para comprar la atención en el sector privado, los pobres también reciben menos subsidios gubernamentales en el sector de la salud. El soslayo a favor de los

ricos es más marcado en el sector hospitalario que se beneficia de la mayor parte del gasto del gobierno³.

La asamblea mundial de la salud de 1977 decidió que la principal meta de la OMS y de los gobiernos de los países miembros, en las siguientes décadas era lograr la salud para todos en el año 2000. Sigue existiendo en esta época una disparidad en la situación de salud; se conoce que los grupos más pobres presentan enfermedades incapacitantes a edades más tempranas, tienen menos acceso a los servicios de salud los cuales de peor calidad y tienen una mayor prevalencia de enfermedades. La organización panamericana de la salud apoya a los países de la región para reducir las desigualdades, proporcionando colaboración en la organización y el manejo de bases de datos así como proporcionando las tecnologías necesarias. La OMS hizo una lista de 38 objetivos en su política de salud, donde el segundo punto es la equidad en salud, mediante el incremento de salud de los más pobres. América Latina y el Caribe es la región del mundo que presenta la mayor inequidad de la renta; ha mejorado la situación general de salud pero no en todos los países, además de que los sistemas de información y los análisis de la situación de salud no toman en cuenta las desigualdades. El primer paso para una mejor calidad de vida y de salud es identificar las inequidades para combatirlas; para calificar como inequidad una desigualdad implica conocer y poder emitir un juicio sobre la injusticia de dichas causas. Medir y monitorear las desigualdades en este campo es fundamental para tomar las decisiones para eliminar la inequidad puesto que es un imperativo para el desarrollo económico⁸.

Índice de inequidades en salud (INIQUIS) En América Latina.



Fuente: Cardona D, Acosta L, Bertone C, Inequidades en salud entre países de Latinoamérica y el Caribe⁷.

En algunos países como Costa Rica y Malasia, están siendo competentes para enfrentar estas desigualdades, al conseguir distribuir el gasto público en la asistencia sanitaria en favor de los pobres. En el estado de Kerala, en la India, están consiguiendo una distribución de forma más homogénea de los subsidios entre los grupos de distintos niveles socioeconómicos³.

El consumo de alcohol es mayor entre los grupos socioeconómicos más bajos en Europa Oriental, Finlandia y Francia. El consumo de tabaco y las malas dietas también tienden a concentrarse en estos grupos en los Estados Unidos de América y el norte de Europa; pero no en sur de Europa y Francia. Entre los negros sudafricanos hay una

asociación positiva entre el consumo de tabaco y el estatus socioeconómico alto; mientras que entre los blancos ocurre lo contrario³.

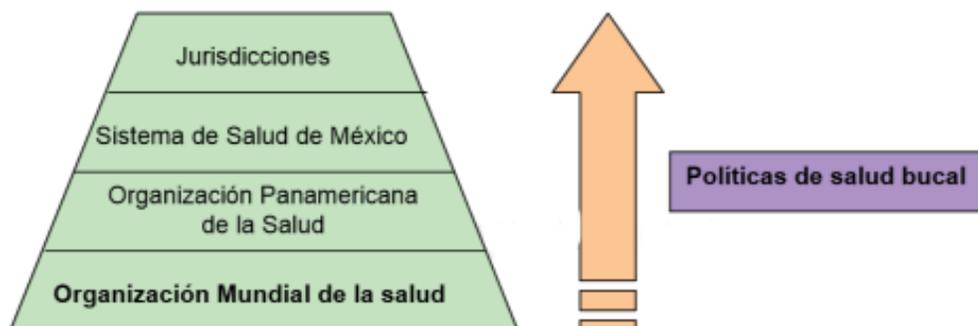
El estudio de Whitehall de los funcionarios públicos británicos, evaluó la contribución que tienen los determinantes inmediatos de la salud a las desigualdades en salud. Intentaron explicar la fuerte relación entre el empleo y el absentismo laboral por motivos de salud. Identificaron los factores de riesgo, como los comportamientos relacionados con la salud, las características del trabajo, los bajos niveles de satisfacción con el trabajo y las circunstancias sociales extra laborales adversas. Los métodos de estandarización revelaron que las desigualdades con respecto a estos factores de riesgo, solo explicaban un tercio de las diferencias de absentismo⁹.

3.6 POLÍTICAS EN EL SECTOR SALUD.

Una medida empleada, es la del papel de las políticas macroeconómicas, la reducción de las desigualdades mediante impuestos progresivos, invertidos en los servicios públicos para beneficio de la gente pobre; la disminución del desempleo e inversión en infraestructura de servicios de salud, de transporte, seguridad social o de los bienes sociales como la educación, la participación de la sociedad y los programas comunitarios en regiones con niveles de pobreza altos. También las mejoras en el entorno laboral, de vivienda y todas las acciones encaminadas a disminuir las brechas de pobreza entre los distintos grupos económicos, reducir los factores de riesgo conductuales, dirigiendo la atención a los grupos más marginados, valorando el impacto y tomando acción mediante las intervenciones en el sistema sanitario y desde este mismo, teniendo como prioridad el mantenimiento de un sistema de atención universal, que sea financiado por los impuestos y disponible para cualquier zona geográfica económica y cultural; mejorando las condiciones de vida, de empleo, del medio ambiente y de acceso a los servicios sanitarios⁹.

El desarrollo de objetivos para la disminución de las desigualdades en salud ayuda a tomar un rumbo definido, donde la integración de los determinantes de la salud a las tareas políticas y el apoyo al desarrollo social, y considerando las evidencias en el seguimiento a los programas resultaran en la evolución benéfica de los servicios y las condiciones de salud de la sociedad⁹.

Dirección de las políticas y metas de lo macro a lo micro.

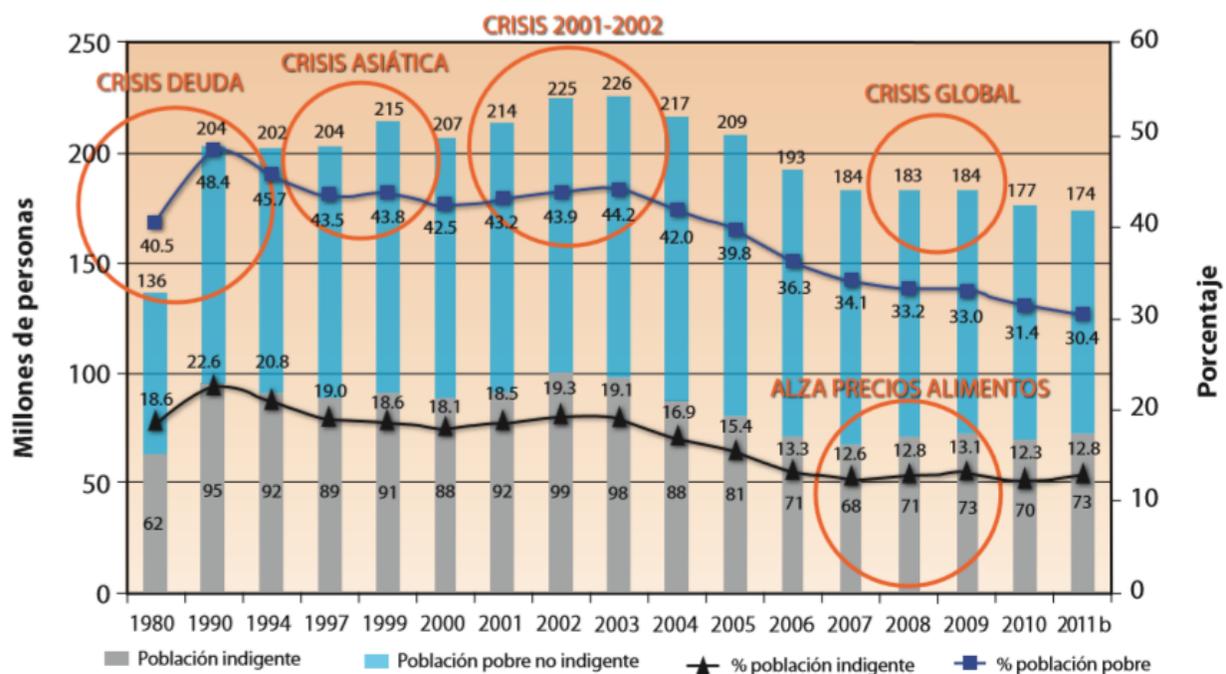


Fuente: Medina-Solís C y cols. Políticas de salud bucal en México: disminuir las principales enfermedades¹².

Los factores relacionados con la falta de implementación de las políticas de salud son: la falta de voluntad política pues a menudo no son incluidas en la agenda política, la falta de conocimiento o de evidencias de las desigualdades, fondos públicos e insuficientes ya que las declaraciones políticas no van acompañadas de recursos, falta de coordinación y capacidad de los proyectos multisectoriales y la concientización de todos los sectores de que las desigualdades sociales en salud no son competencia exclusiva del sector salud¹⁸.

Los recursos económicos utilizados en la atención sanitaria no deberían conducir a las familias a la pobreza ni aumentar el impacto de la pobreza. Esto puede medirse en el recuento de pobres, esto es la proporción de la población en estado de pobreza o por la brecha de pobreza; inducido por los pagos de la atención en salud. Con la brecha de pobreza se puede distinguir a los pobres que se hacen más pobres y a los que se hacen pobres no siéndolo antes³.

Gráfica 2. Evolución de la indigencia y la pobreza en América Latina 1980-2011.

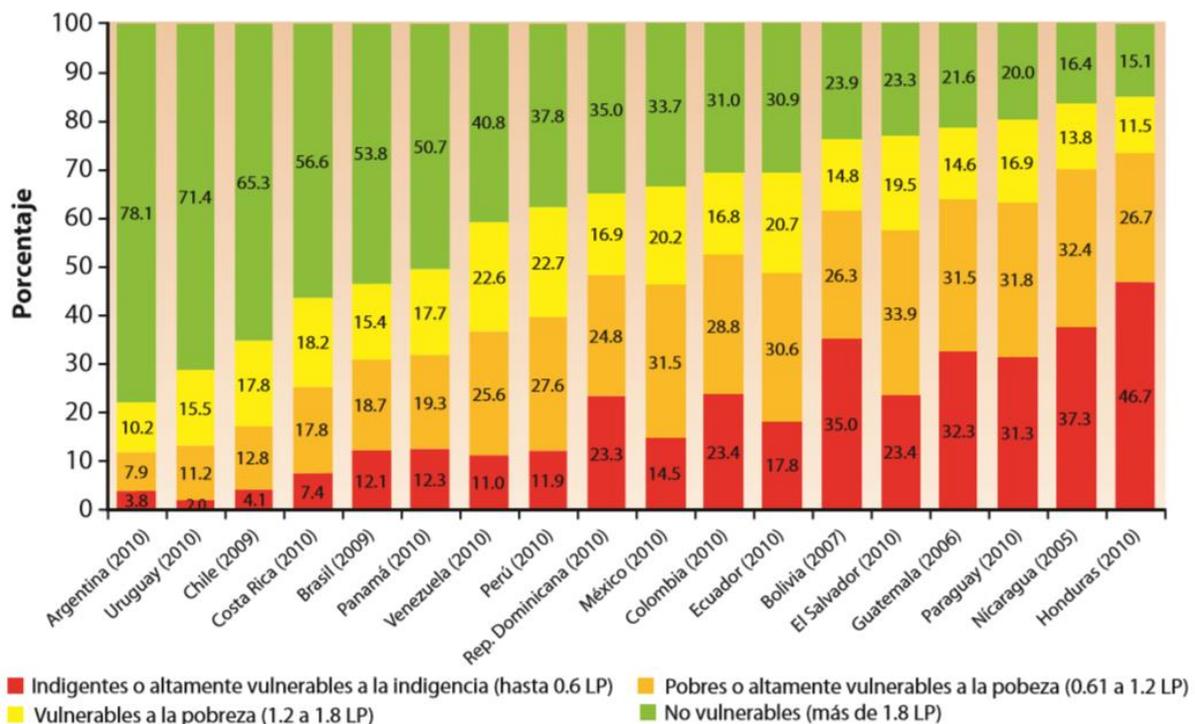


Nota: las cifras colocadas sobre las secciones azules de las barras representan el número total de personas pobres (Indigentes más pobres no indigentes).

Fuente: Cecchine y cols. Vulnerabilidad de la estructura social en América Latina; medición y políticas públicas¹⁵.

La prioridad de muchos países es crear políticas para disminuir las desigualdades en salud, en respuesta a la estrategia de salud para el siglo XXI de la OMS, las cuales son reducir las desigualdades en toda la población, entre los grupos más pobres y los más privilegiados, y el enfoque hacia la población más vulnerable para tratar de mejorar la salud. Para el año 2020 las diferencias en salud entre los grupos económicos de cada país se deberán reducir en al menos una cuarta parte en los estados miembros de la OMS mediante la mejora del nivel de salud de los grupos más marginados¹⁸.

Gráfica 3. Perfil de Vulnerabilidad de ingresos por país En América Latina, 2010.



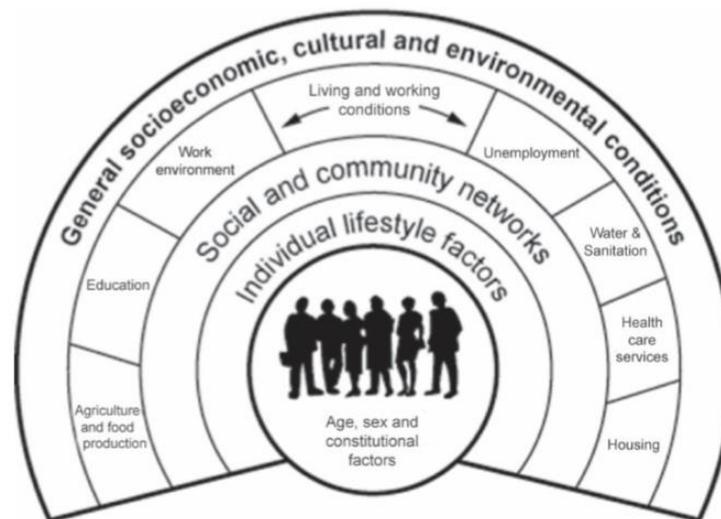
Fuente: Cecchine y cols. Vulnerabilidad de la estructura social en América Latina; medición y políticas públicas¹⁵.

En el documento “Las políticas para reducir las desigualdades sociales en salud. Principios para la acción.” Whitehead -Dalghren, propone diez puntos para actuar, que deben servir como guía general cuando se dispone poner en marcha las políticas necesarias para disminuir las desigualdades en salud¹⁸:

1. Las políticas empleadas deben mejorar los niveles de salud de la población con el fin de disminuir las desigualdades en salud entre los diferentes grupos socioeconómicos.
2. Reducir las desigualdades en toda la población estableciendo políticas universales que los protejan.
3. Las intervenciones en la población para la mejora en salud deben canalizarse en disminuir las desigualdades entre los grupos sociales. Frecuentemente no son tomadas en cuenta las desigualdades y provoca que los grupos más privilegiados tengan mayores beneficios.
4. Las acciones deben considerar los determinantes sociales en salud y no solo los determinantes de la salud, puesto que los determinantes de las desigualdades pueden no ser los mismos. Las intervenciones de salud pública deben ser multisectoriales; la labor del sector sanitario no es únicamente actuar directamente en la transformación de los determinantes sociales sino liderar y convencer a otros sectores para trabajar conjuntamente en la reducción en las desigualdades en salud.
5. Los efectos adversos de las intervenciones deben registrarse; por ejemplo las políticas de reforma de los sistemas sanitarios en países Latinoamericanos propulsadas por el banco mundial, constantemente han aumentado las desigualdades y perjudicando principalmente a los sectores más pobres de la población.
6. Disponiendo de instrumentos para evaluar la extensión de la desigualdad en salud y las intervenciones implementadas, para ello se deben medir las desigualdades entre los grupos sociales en su versión relativa y absoluta.
7. Promover y facilitar la participación de los grupos más marginados. Frecuentemente las poblaciones diana tienen diferentes actitudes, valores y preocupaciones que los políticos y profesionales de la salud, por lo que es necesario incluir miembros de los grupos vulnerables en el análisis de los problemas hasta el desarrollo de los programas y su evaluación. Implica un cambio en el modelo centrándose en los problemas cotidianos de la gente y no

- en los problemas que a los profesionales de la salud preocupan, a menudo alejados de la comunidad.
8. Las desigualdades en salud se deben exponer de forma separada para hombres y mujeres, ya que sus determinantes pueden variar según el sexo.
 9. Se debe describir el estado de salud según la etnia o el área geográfica tomando en cuenta el nivel socioeconómico.
 10. Los principios de equidad deben ser la base de los sistemas de salud y deben de proporcionar la atención adecuada independientemente de su capacidad de pago.

Modelo de los determinantes de las desigualdades en salud de Dalghren y Whitehead.



Fuente: Dalghren y Whitehead (1991).

Traducción de cada capa, comenzando por la exterior:

Condiciones socioeconómicas, culturales y del medio ambiente

Agricultura y producción de alimentos, educación, medio laboral, condiciones de vida y trabajo, desempleo, agua e higiene sanitaria, servicios sanitarios, vivienda

Redes sociales y comunitarias

Estilos de vida individuales

Edad, sexo y factores constitucionales

Fuente: Borrell C, Desigualdades y Servicios de Salud¹⁷.

En el contexto socioeconómico y político se refiere a las políticas destinadas a incrementar la participación electoral, fortalecer los sindicatos o las asociaciones civiles. Para aumentar el estado de bienestar las políticas deben dar protección y promoción al bienestar económico y social de los habitantes por parte del estado. Las políticas macroeconómicas contribuyen a disminuir las desigualdades de renta o de la pobreza, por ejemplo incrementando la fiscalidad progresiva, regulando el mercado, impulsando estrategias pro equidad y promoviendo pensiones mínimas para combatir la pobreza. Las políticas de mercado deben ser dirigidas al mejoramiento de las condiciones de trabajo, la reducción de riesgos para la salud, la regulación de salarios, horarios de trabajo, el trabajo temporal, así como la protección frente a la enfermedad y el desempleo.

En los determinantes intermedios, las políticas dirigidas a mejorar los factores materiales y psicosociales, se refieren a las intervenciones destinadas a modificar las condiciones de trabajo disminuyendo los riesgos físicos, químicos, biológicos y psicosociales. También la mejora del entorno o comunidad de residencia, por ejemplo el aumento de áreas verdes, parques, la disminución del tráfico y de la contaminación. Las políticas encaminadas a mejorar la conducta y los estilos de vida deben de tomar en cuenta que no son decisiones individuales, sino condicionamientos sociales, por ejemplo el aumento de los precios de tabaco y de las bebidas alcohólicas disminuyen su compra y consumo; la construcción de infraestructura pública para realizar actividad física y el control de los precios de la comida saludable¹⁸.

3.7 NIVELES DE POBREZA - RIQUEZA Y SU RELACIÓN CON LA CARIES DENTAL.

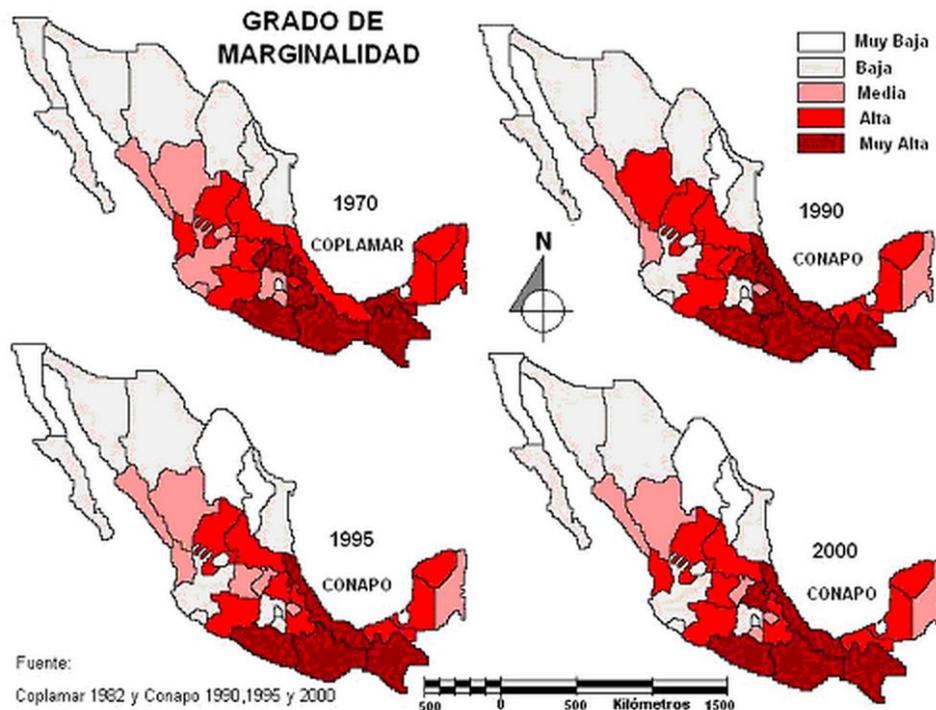
La caries dental es una de las enfermedades con mayor prevalencia e incidencia entre los niños preescolares y escolares; es una enfermedad infecciosa, con la característica de producir cavidades en el esmalte dental, y posteriormente causar daño a la dentina y a la pulpa. Y como consecuencia de este deterioro el proceso puede ocasionar: dolor, pérdida temprana de los órganos dentales, ausentismo escolar y laboral; y requerirán tratamientos de elevados costos. Estas características hacen que se le consideren un problema importante de salud pública; y se concentra en poblaciones pobre, tanto en países en vías de desarrollo como en los industrializados. En los países más ricos, la caries dental mostro una tendencia descendente en los últimos treinta años del siglo XX y en los primeros años del siglo XXI. En estos países existen importantes diferencias en la prevalencia de caries dental entre las rurales y las ciudades, así como entre los distintos grupos de la población, en donde las desigualdades de salud son significativas y requieren mayor atención de las autoridades, así como de las intervenciones de salud pública más adecuadas¹⁴.

La salud bucal es un problema social donde inciden factores como: la nutrición, las condiciones de la vivienda, acceso al agua potable, el trabajo del grupo familiar, el nivel educacional y la accesibilidad a los servicios sanitarios, entre otros factores. Esto da pauta a las diferencias sociales que influyen en el proceso de salud-enfermedad y en la morbilidad de la población¹⁹.

Una comparación de las tendencias de la prevalencia de caries dental, observadas en cada país, permite explorar la relación entre las tasas de incidencia de las enfermedades a través del tiempo y las cuestiones más amplias relacionadas con la industrialización y el desarrollo humano con las políticas de salud bucal nacionales. El acceso de la población al tratamiento, se evalúa basado en la utilización de los servicios dentales, medido por el índice de cuidado dental, relación de los dientes restaurados y el número de dientes con experiencias de caries¹⁴.

La asociación entre mejor nivel socioeconómico y mejor estado de salud bucodental reportado en los resultados de estudios efectuados en México y en países industrializados, indican que las familias de mayor número de integrantes presentaban un elevado porcentaje de niños con caries. Posiblemente, los padres de las familias menos numerosas presten mayor atención a las necesidades de salud de sus hijos. Un estudio hecho en Inglaterra, informó que la atención estomatológica regular predomina en los grupos socioeconómicos más ricos; y que la frecuencia de caries dental se asocia al nivel socioeconómico de la familia. Los resultados del análisis hacen énfasis en la necesidad de crear programas específicos de prevención para los niños de las comunidades más desamparadas⁷. Los niños en entornos más pobres tienen grandes necesidades de tratamiento y barreras en el acceso y disposición de los servicios de salud, estado que favorece el avance de la caries a estadios avanzados de la enfermedad²⁰.

México, grado de Marginación por estado, 1970-2000.



Fuente: Juárez-Neri V.M. Dossieres sobre México. México: efectos sociales y territoriales de la globalización²¹.

El nivel de pobreza en Latinoamérica continua en una situación crítica, en vez de que disminuyan estos índices continúan en aumento. La dirección que toma la pobreza al aumentar es que los pobres continúen siéndolo o llevarlos a la posición de indigencia. La desigualdad tiene como definición que las minorías con más dinero concentran la mayoría del capital del país y por otro lado la mayoría de los habitantes tiene muy poco dinero¹⁴. Este fenómeno es conocido como polarización cuya característica es que la mayor prevalencia de enfermedades como la caries afecta a un sector de la población, principalmente a la más pobre²⁰.

Componentes sociodemográficos tales como: educación, ocupación, estado de pobreza y raza o etnia, también son considerados como factores de riesgo en una visión integral. Los niños de las clases altas tienen bajo nivel de caries. Los factores de riesgo de caries dental en la familia pueden estar asociados genéticamente y a factores ambientales, como: hábitos de alimentación, prácticas de higiene oral, exposición al flúor, condiciones dentales y adicionalmente, existe evidencia de la presencia de *S. mutans* entre miembros de una misma familia^{4,14}.

Un modelo de caries usando una combinación de lo biológico, social y variables psicológicas, dan una mejor comprensión del proceso de evolución de la caries, que si solo se utilizan variables biológicas. El diagrama de Keyes identifica los factores de riesgo locales para caries como factores de riesgo generales y se adicionan los factores sociales relacionados con la caries. Una gran cantidad de estudios han mostrado que la experiencia de caries dental es más prevalente en las clases sociales más bajas. Las variables que lo identifican son: el estatus familiar, escolaridad y los cambios en la dieta relacionados con los patrones socioeconómicos^{4,14}.

Se analizaron datos sobre América Latina y se reportó una disminución de la prevalencia y severidad de caries dental en el periodo de 1970 a 1990 que se puede explicar a la expansión de la fluoración del suministro público de agua en algunos países⁷. Evidencia de estudios realizados en México y en otros países de América Latina como Brasil, indican que la fluoración de agua potable y la incorporación de flúor a los dentífricos o alimentos, es más efectiva y se ven más sus efectos de actuación en

la disminución de prevalencia de caries, que propiamente el empleo consiente de los odontólogos en la práctica clínica individual^{4,13}.

En los países más industrializados la prevalencia de caries muestra una tendencia a la baja en las últimas tres décadas; en estos países existen diferencias en la prevalencia de caries dental entre regiones y ciudades así como entre los distintos grupos de la población. Los cambios en los criterios para la identificación de la enfermedad ayudan a explicar la disminución observada en la prevalencia¹³.

En un estudio realizado en México, en escuelas de diferentes niveles socioeconómicos, reportaron que hubo un menor porcentaje de niños con experiencia de caries en las escuelas de clase media y alta en comparación al mayor número de niños reportados con caries en las escuelas de clase baja. Se encontró que los escolares cuyos padres trabajaban en empresas o instituciones a nivel ejecutivo, dueños de negocios o comercios con buen nivel educacional; o los padres profesionistas que eran maestros de educación básica, empleados al servicio del gobierno, empleados de empresas privadas y dueños de pequeños comercios, tuvieron un menor índice de caries, que los escolares de padres con menores recursos o bajo nivel socioeconómico: empleados en pequeños negocios, vendedores ambulantes, empleados temporales o desempleados. Los escolares de los núcleos familiares con más de cuatro miembros, tienen experiencia de caries más frecuente que aquellos de familias más pequeñas; el riesgo de caries fue tres veces mayor en los niños de familias más numerosas¹⁹.

Cuadro 8. Rezago educativo en México.

<i>Año</i>	<i>2005</i>	<i>%</i>	<i>2010</i>	<i>%</i>
Población de 15 años y más	68 803 564		78 423 336	
Analfabeta	5 747 813	19.10	5 393 665	16.90
Sin primaria	9 825 391	32.60	10 082 386	31.60
Sin secundaria	14 573 460	48.36	16 424 106	51.50
Total	30 146 664	43.86	31 900 157	40.70

Fuente: Marúm-Espinosa Elia, Reynoso-Cantú Elsa-Laura. "La importancia de la educación no formal para el desarrollo humano sustentable en México"²².

El sexo como determinante social de salud es relacionado a la inequidad entre hombres y mujeres, factor importante que limita a las mujeres en la igualdad de oportunidades y el acceso a los recursos de la familia y a la salud. Los padres con mayor nivel de estudios tienen la tendencia de tener hijos con menores niveles de caries dental en comparación a los hijos de padres con bajos nivel educacional²⁰. Se han encontrado indicios que señalan que hay una mayor incidencia de caries, con relación al nivel de estudios de la madre y el ingreso económico del padre²³.

Cuadro 9. Número de hijos de tres a 14 años, según máximo nivel educativo alcanzado por el jefe del hogar o el cónyuge, en México.

<i>Nivel educativo</i>	<i>2010</i>	
	<i>%</i>	<i>Millones</i>
Sin escolaridad	7.86	2 069 996
Educación básica	65.31	17 197 069
Educación media superior	13.89	3 657 801
Educación superior	12.62	3 324 834
Total de hijos de 3 a 14 años		26 330 193

Fuente: Marúm-Espinosa Elia, Reynoso-Cantú Elsa-Laura. "La importancia de la educación no formal para el desarrollo humano sustentable en México"²².

En el estudio de Mora L. y Martínez O²⁴. encontraron que en una comunidad marginada como lo es la etnia gitana en España, los resultados en los índices de caries son muy elevados por su desconocimientos de las medidas básicas de prevención en salud oral, diferencias socioeconómicas con el resto de la población y la diferencia de hábitos higiénicos y alimentarios; y es similar a la encontrada en otras poblaciones marginadas o de inmigrantes. Las condiciones socioeconómicas, el alto consumo de dulces, malos hábitos higiénicos, el bajo acceso a los servicios de salud y la limitación económica para pagarlos ubican a esta comunidad como de alto riesgo para la caries dental y revelan la razón de los altos niveles en la prevalencia encontrados ²⁴.

El vivir en una comunidad rural, donde la actividad productiva es la agricultura o la ganadería, la dieta puede estar basada en alimentos más saludables como verduras, lácteos y frutas, constituida por azúcares intrínsecos, y su consumo se asocia a baja prevalencia de caries dental en comparación con los azúcares refinados de

3.8 POLÍTICAS Y PROGRAMAS DE SALUD BUCAL.

Las reformas efectuadas en las últimas décadas en Latinoamérica fomentan la privatización de los servicios de salud, teniendo como base el modelo liberal de la economía mundial. En contraste al modelo de medicina social, el servicio privado plantea la dependencia de la atención al poder de la capacidad económica, y su orientación es más al ámbito curativo que al preventivo²⁶.

Varios análisis en Estados Unidos de América, demuestran una consistente relación entre el bajo nivel socioeconómico y la baja utilización de los servicios de salud dental, altas tasas de edentulismo, incremento del riesgo de caries dental, bajo nivel de higiene oral y poca adhesión a las recomendaciones de comportamientos saludables para el estado bucal. El modelo de responsabilidad social de la Odontología, afirma que el paciente con un historial de enfermedad mayor, tiene asiduamente menos cuidados; y que un cambio de la forma de encarar los cuidados dentales se hace necesario⁴.

Los programas de salud que mencionan la relación entre las condiciones de vida y la salud, resaltan los proyectos de servicios de promoción de la salud y la prevención. Distribuyen medidas básicas de saneamiento y desarrollo comunitario; y enfatizan el sistema de atención canalizando a cada nivel de atención dependiendo del grado de la enfermedad; está basado en las necesidades de las personas y las comunidades. Los sistemas basados en el mercado o de pensamiento liberal, consideran que los servicios de salud deben considerarse como mercancía de consumo particular, sustentado en las leyes de oferta y demanda de servicios. En Latinoamérica estas reformas de corte liberal (neoliberal) han resultado negativamente en varios países de la región con retrocesos en los indicadores de salud pública²⁶.

Tradicionalmente los servicios de Odontología son prestados bajo un pago y principalmente hay una mayor oferta de los servicios en consultorios privados. Según muchos un método inaceptable cuando cada vez menos personas pueden pagar la atención. El código de ética de la Asociación Dental Americana, ADA, pondera que los odontólogos deben usar su especialidad, el conocimiento y la experiencia para mejorar

la salud dental de las personas y asumir un papel de liderazgo en sus comunidades; no obstante, parece que la práctica de los profesionales no está reflejado en este modelo. Este modelo privatizante nombrado como atención gerenciada (managed care) fue exportado a Latinoamérica por las compañías de seguros privados de Estados Unidos. La realidad del nivel de pobreza ascendente en las décadas de 1980 y 1990 de la población norteamericana, trajo implicaciones para el modelo de responsabilidad social, puesto que el no tratamiento de las enfermedades orales es considerablemente más agudo entre personas pobres o cuando la disponibilidad de recursos para la salud pública se disminuye. La atención que ofrecida, que anteriormente era gratuita o de bajo costo en las universidades ahora se orienta al lucro. En el sector privado con la finalidad de compensar la oferta con el costo de los servicios, elaboran listas de servicios ideales o adecuados y de cuidados mínimos o de urgencia para aproximarse lo más posible al plan de tratamiento ideal. En los sectores pobres de la sociedad están limitados a servicios de urgencia y el tratamiento ideal es remplazado por procedimientos más agresivos como las extracciones dentales, y se deshecha o hace un lado la opción de un tratamiento más complejo o rehabilitador adecuado por la carencia de recursos económicos^{4,26}.

Los programas de salud que mencionan la relación entre las condiciones de vida y la salud, resaltan los proyectos de servicios de promoción de la salud y la prevención. Distribuyen medidas básicas de saneamiento y desarrollo comunitario; y enfatizan el sistema de atención canalizando a cada nivel de atención dependiendo del grado de la enfermedad; está basado en las necesidades de las personas y las comunidades. Los servicios prestados por las instituciones públicas generalmente ofrecen servicios básicos y de calidad que dependen de los programas, presupuestos y de las reglamentaciones de cada país. Los servicios especializados como la ortodoncia, rehabilitación o estéticos no se comprenden y las personas son forzadas a recurrir a los consultorios privados para su tratamiento²⁶.

La teoría dominante sobre salud y enfermedad está determinada principalmente por factores políticos y sociales; negar la necesidad del desarrollo e implementación de políticas sociales efectivas para promover la salud, centradas en el enfoque de

problemas del comportamiento de salud individual, no es sólo una simplificación, sino una evasión de responsabilidades. Concentrar la atención en el estilo de vida nubla los determinantes de la salud en el debate sobre las limitaciones del abordaje de estilos de vida. El papel de la casualidad centrada en los comportamientos individuales ha sido exagerado⁴.

Alejado de impulsar la odontología por una cultura científica, el modelo acentúa el pensar mecanicista basado en alta tecnología y alta especialización, con una práctica distanciada de la realidad social o negándola. Se le da reconocimiento exclusivo de la naturaleza biológica de la enfermedad, de sus causas y consecuencias por la naturaleza individual de su objeto. Las acciones dirigidas a cambiar la conducta específica de salud oral, no se hacen tan evidentes cuando las estrategias de promoción de la salud solo se encaminen en la reducción de las dolencias⁴.

Existen protocolos de atención que buscan que todos los tratamientos sean los adecuados o los mejores en cada padecimiento bucal, cabe mencionar que dicho mejor tratamiento tiende a priorizar el conocimiento específico que le da mayor importancia al tratamiento que a la prevención; valor que le dan los grupos privados como las farmacéuticas, empresas de biotecnología, y de seguros por los intereses de este sector privado sobre las necesidades y bienestar de la comunidad. Estos grupos de poder económico manipulan la información de los resultados publicados y limitan la investigación pues ellos las financian con el fin de mostrar únicamente los resultados que los benefician y tienen mayores ganancias económicas. Los pacientes que no dispongan de los suficientes recursos financieros para acceder a los servicios dentales no reciben las atenciones aunque estos tratamientos sean los indicados para su mejora y rehabilitación. Estudios recientes en Estados Unidos señalan que aun existiendo la capacidad económica, y a pesar de los protocolos adecuados, el racismo presente en esa sociedad, determina el tratamiento ofrecido a los pacientes; no es el mismo tratamiento ofrecido a un paciente de raza blanca que a uno de raza negra si bien los dos presentan el mismo cuadro clínico²⁶.

Los programas de salud bucal se han desarrollado aislados de otros proyectos de salud, dando como resultado la duplicación de esfuerzos y de inversión pública,

enviando mensajes conflictivos y contradictorios transmitidos al público, únicamente con soluciones colectivas para que la comunidad soporte los cambios en el medio, en la legislación y la mejora del personal técnico, en el estímulo a que las personas alcancen reivindicaciones en la sociedad y cambios colectivos en la estructura de los determinantes de salud⁴.

Se suma a todo esto la tendencia de nuevas empresas privadas que están invadiendo la prestación de servicios de salud bucal que compiten con los consultorios privados en el costo y la calidad de los servicios brindados. Como resultado de esto los profesionales de la odontología han visto una disminución en las condiciones de trabajo y de salario por el esquema de subcontratación y la modalidad de pago por porcentaje, donde estas empresas se aprovechan de la sobreoferta de odontólogos por la ausencia de una planeación y regulación del estado en las escuelas de formación profesional²⁶.

4. CONCLUSIONES

La igualdad y la equidad en salud son objetivos que deben ser primordiales para los actores que intervienen en beneficio de la sociedad, puesto que la atención sanitaria depende tanto de factores políticos, económicos, sociales y culturales de cada país. Los promotores de la salud somos pieza fundamental en la educación, cuidado y mantenimiento del buen estado de salud general y oral de los individuos de la comunidad y el país.

Es importante continuar estudiando las desigualdades de salud en todos los ámbitos, ya que son problemas de salud pública que siguen aumentando o sin retroceso en muchos países como México. Problemática que puede llevar a conflictos sociales, políticos y económicos más grandes en futuras generaciones.

Si bien, desde el punto de vista de muchos autores y estudios las desigualdades en salud han disminuido o se está trabajando con programas e intervenciones para disminuirlas, la realidad de muchos países es muy diferente, en varios países tanto pobres como ricos, estos programas solo se quedan como proyectos y promesas a cumplir por parte de los gobiernos e instituciones a las cuales les compete el desarrollo social y la salud de los habitantes, desarrollo que se debe dar mediante la igualación de los servicios de salud y de los programas sociales para incluir a toda la población no importando si es pobre o rica, o si es beneficiaria o contribuyente para su desarrollo.

Existe una relación entre el nivel de ingresos y la prevalencia de caries dental, donde en las personas pobres es más alto e índice ligado a factores económicos, ambientales, culturales, educacionales y laborales; y en las personas con un nivel socioeconómico alto o estable tienden a tener mejor salud bucal y con menor porcentaje de caries dental por la capacidad económica de solventar los gastos de la atención tanto preventiva como curativa.

Los programas implementados para el combate de la caries dental deben ser fortalecidos e impulsados con mayor fuerza dado que no se están obteniendo los resultados óptimos esperados por la falta de una buena estrategia o mala cobertura de

los servicios a toda la población. Además se necesitan integrar otros programas de desarrollo social, salud y de educación para combatir todos los puntos débiles en la lucha contra la caries dental.

Se ha observado que el abatimiento de las desigualdades en salud y la disminución de los problemas como la caries dental se logra con la suma de esfuerzos de todos los profesionales de la salud, instituciones y de las personas, creando una red de trabajo donde se aportan conocimientos, recursos y disponibilidad para llegar a un resultado sanitario, social, económico, cultural y de educación.

Así como la fluoración del agua, de alimentos y de algunos productos de higiene es el ejemplo de programas masivos que tienen resultados satisfactorios, se debe fortalecer la educación en prevención para evitar enfermedades como la caries dental y otros padecimientos bucales. La cobertura de los servicios públicos se debe extender y ser eficaz en todos los sectores y principalmente en la población más desprotegida, en la revisión de la bibliografía encontramos que la clase baja es la que más necesita de la asistencia pública por no poder costear la atención privada de los servicios médicos y odontológicos necesarios.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Pérez-Giménez Roser. ¿Se relaciona el nivel de renta de las comunidades autónomas, la desigualdad en su distribución y el riesgo de pobreza, con el nivel de salud? *Sociedad en Debate* 2009; 15 (1): 91-133.
2. Hernández J, González de Cossío M, Ortega Maldonado M, Sifuentes Valenzuela M C. Caries y pérdida dental en estudiantes preuniversitarios mexicanos: *Salud Pública. Mex* 2008; 50: 235 – 240.
3. Morales Reyes A. Estado de Nutrición y Salud Bucal en Niños de 6 a 12 años Asistentes a la escuela “Manuel S Hidalgo Castro” del Distrito Federal. Tesis de Licenciatura. México, Universidad Nacional Autónoma de México; 2014.
4. Medina Solís C, Maupomé G, Pelcastre-Villafuerte B, Ávila Burgos L, Vallejos-Sánchez A, Casanova-Rosado A. Desigualdades socioeconómicas en salud Bucal: Caries dental en niños de seis a 12 años de edad. *Revista de investigación clínica* 2006; 58 (4): 296-304.
5. Estado de la Nación. Aparicio Llanos Amanda, Morera Salas Melvin. Decimoquinto Informe Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible. Costa Rica: [Fecha de acceso 9 de septiembre de 2014]. URL disponible en: <http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/>
6. Sanfilippo y Borrás J. Aspectos Históricos de la Odontología Infantil. *Panorama Estomatológico*; 3 (2): 9-17
7. Cardona D, Acosta L, Bertone C. Inequidades en salud entre países de Latinoamérica y el Caribe (2005-2010). *Gac Sanit* 2013; 27 (4): 292-297.
8. Schneider María C, Castillo-Salgado C, Bacallao J, Loyola Enrique, Mujica J, Vidaurre M, Roca Anne. Métodos de medición de las desigualdades de salud. *Revista Panamericana de Salud Pública* 2002; 12 (6): 398-45.
9. Wagstaff Adam, Pobreza y desigualdades en el sector de la salud. *Revista Panamericana de Salud Pública* 2002; 11 (5/6): 316-326.

10. Acuerdo por el que se aprueba el programa Nacional de protección a los derechos del consumidor. México: Diario Oficial de la Federación; 2014 [fecha de acceso 15 de octubre de 2014]. URL disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=534384fecha=08/05/2014
11. Clases Medias en México: Boletín de investigación # 256/13; 12 de junio 2013 [fecha de acceso 13 de septiembre de 2014]. URL disponible en: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/boletines/boletin/Comunicados/Especiales/2013/Junio/comunica6.pdf>
12. Medina-Solís C, Maupomé G, Ávila-Burgos L, Pérez-Núñez R, Pelcastre-Villafuerte B, Pontigo-Loyola A. Políticas de salud bucal en México: disminuir las principales enfermedades. Una descripción. *Revista Biomed* 2006; 17 (4): 269-286.
13. Narvai Paul C, Frazao Paulo, Roncalli Giuseppe A, Antunes Leopoldo. La caries dental en Brasil: caída, la polarización, la desigualdad y la exclusión social. *Revista Panamericana de Salud Pública* 2006; 19(6): 385-393.
14. Gomes D, Da Rose Marco A. Etiología de la caries: la construcción de un estilo de pensamiento. *Ces Odont* 2010; 23 (1): 71-80
15. Cecchine S, Espíndola E, Filgueira F, Hernández D, Martínez R. Vulnerabilidad de la estructura social en América Latina; medición y políticas públicas. *Revista Internacional de Estadística y Geografía* 2012; 3(2): 32-45.
16. Fuentes García Alejandra, Sánchez Hugo, Lera Lydia, Cea Ximena, Albala Cecilia. Desigualdades Socioeconómicas en el Proceso de Discapacidad en una Cohorte de Adultos Mayores de Santiago De Chile. *Gac Sanit* 2013; 27 (3): 226-232.
17. Borrell C. Desigualdades y Servicios de Salud. *Saúde e Sociedade* 2006; 15(2): 9-22.
18. Borrell Carme, Artazcoz Lucia. Las políticas para disminuir las desigualdades en salud. *Gac Sanit* 2008; 22(5): 465-73.

19. Molina Frechero N, Irigoyen María E, Castañeda E, Sánchez Hinojosa G, Bologna Ronell E. Caries dental en escolares de distinto nivel socioeconómico. *Revista Mexicana de Pediatría* 2002; 69 (2): 53-56.
20. Ramírez-Puerta S, Escobar-Paucar G, Castro-Aguirre J, Franco-Cortés Ángela. Necesidades de tratamiento en dentición primaria en niños de uno a cinco años con caries dental no tratada en una comunidad de bajos ingresos. *Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquía* 2009; 20 (2):129-137.
21. Juárez-Neri V M. *Dossieres sobre México. México: efectos sociales y territoriales de la globalización. Observatori de conflictes i Dret Humans.* [Fecha de acceso 20 de septiembre de 2014]. URL disponible en: http://www.observatori.org/mostrar.php?id=68&files_id=188&tipus=files&lng=cas#dossier1
22. Marúm-Espinosa Elia, Reynoso-Cantú Elsa-Laura. (2014), "La importancia de la educación no formal para el desarrollo humano sustentable en México", *Revista Iberoamericana de Educación Superior (RIES), México, UNAM-IISUE/Universia*; 12(5): [fecha de acceso 25 septiembre 2014]. URL disponible en: <http://ries.universia.net/index.php/ries/article/view/444>
23. Caudillo Joya T, Adriano Anaya M, Gurrola Martínez B, Caudillo Adriano P. Perfil epidemiológico de caries dental en ocho delegaciones políticas del Distrito Federal, México. *Revista Costarr Salud Pública* 2010; 19 (2): 81-87.
24. Mora León L, Martínez Olmos J. Prevalencia de caries y factores asociados en niños de 2 – 5 años de los centros de salud Almanjáyar y Cartuja de Granada Capital. *Atención primaria* 2000; 26: 398-404.
25. Arrascue Hadad, Del Castillo López N, César Eduardo. Determinantes sociales de salud y caries dental. *Odontol Pediatr* 2011; 10 (1): 13-21.
26. Abadía Barrero C. Pobreza y desigualdades Sociales: un debate obligatorio en salud oral. *Acta Bioethica* 2006; 12 (1): 9-22.

27. Diez Elia, Peiro Rosana. Intervenciones para disminuir las desigualdades en salud. Gac Sanit 2004; 18 (supl1): 158-67.

28. Lamas Rojas H, Lamas Lara C, Lamas Lara B. Odontología Social: desigualdad social y salud. Revista Científica Increcendo 2012; 3 (1): 139-151.

29. Zúñiga Fajuri A. Desigualdad Sanitaria, libertarismo e igualitarismo. Política y Gobierno 2013; 20(2): 335-358.