



Reducción de las inequidades en salud oral: El rol del odontólogo desde un enfoque de salud pública.

Reducing Oral Health Inequalities: The role of the dentist from a public health perspective.

Curo-Valdivia Yuri Freddy¹



mat2192@hotmail.com

¹Universidad Privada Antenor Orrego, Programa de Estomatología, C.P. 13008, Trujillo, Perú.

DOI: <https://doi.org/10.2477/2477-8915.2026.11.2.07>

La salud oral constituye una dimensión esencial tanto de la salud general, del bienestar como de la calidad de vida de las personas. Sin embargo, pese a su importancia biológica, funcional, psicológica y social, continúa siendo una de las áreas menos priorizadas dentro de muchas agendas sanitarias. Las enfermedades orales no solo producen dolor, pérdida dentaria, alteraciones masticatorias o dificultades en la comunicación; también afectan la autoestima, la alimentación, el rendimiento escolar, la productividad laboral y la participación social. En ese sentido, la boca no puede seguir siendo entendida como un espacio separado del cuerpo ni la odontología como una práctica limitada al consultorio.¹

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que las enfermedades orales afectan a un aproximado de 3.7 mil millones de personas en el mundo, y mencionan que la caries dental no tratada en dientes permanentes es la condición de salud más frecuente. Por otro lado, se estima 1000 millones de personas con enfermedad periodontal severa, 350 millones con pérdida completa de dientes y 380 mil nuevos casos de cáncer oral al año.¹ En el caso de la Región de las Américas, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha señalado que las enfermedades orales y otras condiciones bucodentales afectan aproximadamente a 470 millones de personas, con una prevalencia cercana al 46 %, siendo la mayoría de ellas prevenibles.²

Es muy importante resaltar que todos estos datos previamente mencionados, no son solamente datos epidemiológicos aislados. En vez de ello, estos datos revelan que las enfermedades orales se distribuyen de manera desigual entre los grupos sociales. La caries, la enfermedad periodontal, la pérdida dentaria, el cáncer oral y las barreras de acceso a los servicios odontológicos afectan con mayor intensidad a quienes viven en pobreza, lograron menor nivel educativo, habitan zonas rurales o periféricas, pertenecen a grupos étnicos históricamente excluidos, presentan discapacidad, son adultos mayores dependientes o enfrentan

diversas limitaciones económicas para acceder a atención preventiva y restauradora; por ello, hablar de salud oral implica también hablar de ser justo en materia de salud en general.³

Desigualdad, disparidad e inequidad

En este punto resulta necesario diferenciar tres conceptos que suelen utilizarse como sinónimos, aunque no significan lo mismo: desigualdad, disparidad e inequidad. La desigualdad en salud alude a diferencias observables en la distribución de los resultados de salud entre grupos poblacionales (ej. Cuando una población rural tiene mayor promedio de CPOD que una población urbana). La disparidad se refiere a diferencias sistemáticas en resultados de salud o en acceso a servicios, generalmente asociadas a condiciones sociales, económicas o ambientales desfavorables (ej. Cuando las personas asignadas al subsistema de salud público tienen menor acceso a servicio de ortodoncia o rehabilitación oral frente a la población asignada al subsistema de salud privado). La inequidad, en cambio, incorpora una dimensión ética y política, pues expresa diferencias injustas, evitables y remediabiles, vinculadas a una distribución desigual de recursos, oportunidades y poder (ej. Cuando hay un sector de la población que no tiene acceso a agua potable, mientras que otros sectores tienen todos los servicios básicos asegurados e inclusive tienen servicios públicos suntuosos como internet gratuita en los parques de uso público). La literatura sobre salud poblacional sostiene que estos conceptos deben aclararse porque orientan la forma en que se miden los problemas, se priorizan intervenciones y se distribuyen los recursos sanitarios.⁴

Desde esta perspectiva, no toda diferencia constituye inequidad; pero cuando una población enferma más, pierde más dientes o accede menos a servicios odontológicos por razones de pobreza, educación, territorio, discapacidad, género, etnicidad o exclusión social, la diferencia deja de ser solo estadística y se convierte en una injusticia sanitaria (lo cual se fundamenta en que la población se organiza mediante un contrato social Constitución de la República con la finalidad de que todos accedan a condiciones de vida digna). La OMS define la equidad como la ausencia de diferencias injustas, evitables o remediabiles entre grupos definidos social, económica, demográfica, geográfica u otras dimensiones de desigualdad. Por tanto, reducir inequidades en salud oral no significa tratar a todos de la misma manera, sino reconocer que algunos grupos requieren mayor protección, mayor acceso y respuestas diferenciadas según sus necesidades, por encontrarse en situaciones históricas de vulnerabilidad.^{4,5}

Las enfermedades orales no se distribuyen al azar, su presencia, severidad y consecuencias están profundamente relacionadas con los determinantes sociales de la salud (o con la determinación social de la salud, según el marco teórico que se escoja). La OMS define estos determinantes como las condiciones en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, así como el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que modelan esas condiciones. En salud oral, estos determinantes son el nivel educativo, el ingreso económico, la ocupación, la vivienda, el acceso a agua segura, la disponibilidad de alimentos saludables, la exposición a productos azucarados, tabaco y alcohol, la cobertura sanitaria, la distancia a los servicios, la alfabetización en salud y la capacidad real de las personas para sostener prácticas preventivas.^{3,6}

La literatura sobre inequidades en salud oral propone comprender estos procesos desde un marco multicausal. Watt y col.³ plantean que las enfermedades orales afectan de manera desproporcionada a grupos vulnerables y social e históricamente desfavorecidos, y que estas diferencias no ocurren por casualidad ni son inevitables, sino que responden a una compleja interacción de factores que muchas veces están fuera del control individual. Este mismo enfoque permite distinguir determinantes estructurales, intermedios y proximales. En el caso de los determinantes estructurales, estos incluyen políticas económicas, sociales, educativas y sanitarias, mientras que los intermedios comprenden la posición social, el ingreso, la educación, las condiciones materiales de vida, las relaciones sociales y el acceso a servicios y los proximales

incluyen la dieta, el consumo de alcohol y tabaco, la higiene oral y los procesos biológicos vinculados a inflamación, infección y respuesta inmune.

Esta división de determinantes en estructurales, intermedios y proximales, resulta relevante porque desplaza la mirada exclusivamente individual de lo que es la enfermedad. No basta con recomendar el cepillado de dientes, la reducción del consumo de azúcares o controles periódicos, si al final una persona vive en un entorno donde los alimentos ultraprocesados son más accesibles que los saludables (debido a una decisión de mercado); sumado a ello, si no cuenta con seguro o si debe priorizar necesidades básicas antes que una consulta odontológica, o si vive lejos de un establecimiento de salud o si solo acude cuando el dolor se vuelve insoportable. En dichas circunstancias, la enfermedad oral no es simplemente consecuencia de una mala conducta individual, sino resultado de condiciones sociales que limitan la posibilidad de elegir modos de vida saludables.

Determinantes comerciales de la salud

A esta situación también se suman los llamados determinantes comerciales de la salud oral. La **Federación Dental Internacional** (FDI) ha advertido que muchos de los factores de riesgo asociados a las enfermedades orales son los mismos que intervienen en otras enfermedades no transmisibles. Entre ellos se encuentran la alimentación poco saludable, el consumo de tabaco, el alcohol y otras prácticas vinculadas a intereses comerciales que influyen directamente en la salud de la población.^{7,8} Por ello, no basta con abordar las enfermedades bucales únicamente desde el aspecto clínico, sino también centrándose en sus causas de fondo, o como se le suele decir “la raíz del problema” y a su vez promover intervenciones políticas que actúen sobre los entornos donde las personas se desarrollan y toman decisiones sobre su salud. Teniendo en cuenta esta perspectiva, si la odontología realmente busca aportar a la equidad, debe formar parte de políticas públicas orientadas a la promoción de la salud, la regulación de los ambientes alimentarios, la prevención del consumo de tabaco y alcohol, el fortalecimiento de la atención primaria y el avance hacia una cobertura universal; pero a su vez estas políticas deben gozar de un adecuado seguimiento, que exija el cumplimiento de las mismas.

En América Latina, esta reflexión es de carácter especial; esto debido a que la región se caracteriza por profundas desigualdades sociales históricamente heredadas, sistemas de salud fragmentados, diferencias territoriales en el acceso a los servicios y una alta dependencia del gasto de bolsillo para cubrir diversas prestaciones, incluidas las odontológicas.⁹ En ese contexto, todo lo relacionado a salud oral muchas veces queda en segundo plano frente a otras necesidades sanitarias, a pesar de que las enfermedades bucales son muy frecuentes y, en gran medida, prevenibles y además de ello se consideran la puerta de entrada de muchos patógenos relacionados con diversas enfermedades de carácter sistémico. Como resultado, se mantiene un modelo de atención que suele actuar cuando el daño ya está avanzado, mediante tratamientos recuperativos o rehabilitadores como extracciones, restauraciones complejas o incluso prótesis que muchas personas no pueden pagar, es decir pone un paliativo al problema, lo que Breilh ha denominado trabajar en el pico del iceberg.¹⁰

Rol del odontólogo en la salud pública estomatológica

La salud pública estomatológica permite superar una visión limitada de la odontología. Desde este enfoque, la atención bucal no se reduce al acto clínico individual ni al tratamiento restaurador; por el contrario, entiende la salud oral como parte de la salud integral de la persona, la familia y la comunidad. En el Perú, desde el campo de la salud pública, se reconoce que el cirujano dentista participa en acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud bucal, considerando el contexto sociocultural, económico y ambiental en el que viven las personas.¹¹ Esta mirada es importante porque sitúa al odontólogo dentro de una responsabilidad sanitaria más amplia.

En ese sentido, el odontólogo general cumple un papel estratégico en la identificación y reducción de las inequidades en salud oral, cuando empieza a mirar el problema de salud con una perspectiva comunitaria y no solamente de la clínica individual. Generalmente, es uno de los primeros en reconocer no solo signos clínicos de alguna enfermedad, sino también situaciones de vulnerabilidad social que pueden presentar los pacientes. Una boca con múltiples lesiones cariosas o que presenten enfermedad periodontal o incluso pérdida dentaria severa o lesiones orales, puede indicarnos algo más que solamente un descuido personal; puede también evidenciar pobreza, dificultades de acceso, falta de información, discapacidad, exclusión, violencia, abandono, inseguridad alimentaria o ausencia de normativas enfocadas en la atención preventiva de una manera sostenible.^{3,6}

Por ello, la labor no debería limitarse a restaurar dientes o aliviar simplemente el dolor. También requiere que el odontólogo pueda identificar riesgos sociales, o pueda brindar educación en salud con pertinencia cultural y más aún cuando hablamos de países de Latinoamérica que son altamente pluriculturales; también requiere la adaptación de recomendaciones preventivas ajustadas a la realidad de cada paciente, el registro de barreras de acceso, el trabajo con familias, la coordinación con escuelas y la participación en equipos de atención primaria en salud. Asimismo, también es importante resaltar que la evidencia señala que los odontólogos pueden contribuir a la salud pública desde diversos enfoques que corresponden a actividades propias dentro de su vida profesional las cuales se dan mediante la educación continua, la investigación, la gestión interprofesional, la construcción de indicadores, la actualización de guías clínicas y el fortalecimiento del primer nivel de atención, tanto en lo clínico como en lo comunitario.^{11,12}

Este compromiso no significa traspasar al odontólogo una responsabilidad que le corresponde obligatoriamente al Estado y al sistema sanitario; sino que se debe entender que las inequidades en salud oral requieren específicamente políticas públicas, financiamiento, cobertura, regulación y una adecuada organización de los servicios; necesidades que solamente cumple el Estado como ente que genera gobernanza y tiene la rectoría por mandato constitucional. Sin embargo, el odontólogo sí puede ser un actor clave para visibilizar las brechas, documentarlas, prevenir daños y orientar intervenciones más justas desde su ámbito de acción. En esa línea, la FDI, en su Visión 2030, plantea que la profesión odontológica debe contribuir a alcanzar una salud oral óptima para todos, sin dejar a nadie atrás, reduciendo inequidades y fortaleciendo la respuesta de los sistemas de salud.¹³

Aportes desde la práctica odontológica para la reducción de inequidades en salud oral

Desde la consulta odontológica, el odontólogo puede contribuir a la reducción de inequidades ampliando la anamnesis clínica hacia una mirada social, identificando no solo hábitos de higiene o alimentación, sino también barreras económicas, geográficas, familiares, educativas o de discapacidad que limitan el cuidado de la salud oral. Asimismo, debe evitar la culpabilización del paciente y brindar educación con equidad, usando un lenguaje claro, recomendaciones realistas y planes preventivos adaptados al contexto, cultural y territorial de cada persona. En especial, los pacientes con mayor vulnerabilidad social y riesgo clínico deben recibir mayor seguimiento, orientación preventiva, consejería sobre dieta, higiene oral, uso de fluoruros, control de tabaco y alcohol, detección temprana de enfermedades bucales y derivación oportuna.

Desde lo comunitario, institucional, académico y político, el odontólogo también puede cumplir un papel importante en la promoción de la salud oral. Su participación puede darse a través del fomento de programas escolares articulados con salud, el trabajo con familias e incluso la capacitación a docentes y cuidadores; asimismo, las campañas de detección temprana y promoción de hábitos saludables resultan ser de gran importancia, siempre que estas acciones sean continuas y puedan evaluarse. Asimismo, dentro del sistema de salud, desde su posición administrativa también puede contribuir desde la atención primaria, las rutas de referencia, el registro de necesidades locales, la evaluación de barreras de acceso y la defensa de prestaciones odontológicas dentro de la cobertura universal.

En ese contexto, mediante actividades relacionadas con investigación comunitariamente comprometida y la odontología basada en evidencia, la formación de nuevas generaciones de profesionales desde la docencia universitaria y el impulso de políticas preventivas por medio de convenios interinstitucionales o intersectoriales; la odontología puede dejar de centrarse únicamente en el daño ya instalado. De esta manera, se podría avanzar hacia una práctica más preventiva, equitativa y comprometida con la dignidad de las personas y con el derecho a la salud oral.

Conclusiones

Para la reducción de las inequidades en salud oral, se requiere entender que las enfermedades orales no solamente dependen de decisiones individuales, sino también de muchos factores relacionados con las condiciones sociales, económicas, políticas y comerciales que influyen en la vida de las personas. Para esto, el odontólogo, desde la posición en la cual se encuentre, no solo debe centrarse únicamente en el diente o en el tratamiento restaurador, sino también en la persona, su entorno, su familia y su comunidad. Esto implica aceptar que cada diagnóstico que obtenemos de nuestros pacientes puede develar no solo un problema que radica en lo clínico, sino que también nos hace preguntarnos si el paciente pueda encontrarse en una situación de vulnerabilidad, falta de acceso o quizá solamente ausencia de prevención.

Por ende, asumir este rol no resta importancia a la excelencia clínica que es tan ansiada por la mayoría de odontólogos; al contrario, la complementa y la vuelve más humana y empática. Es por ello, que se concluye que una odontología comprometida con la equidad no solo va a tratar el daño ya instalado, sino que también se va a encargar de educar, prevenir, identificar barreras y finalmente promover una atención mucho más justa. Desde esta perspectiva, es importante resaltar que la salud oral debe entenderse como un derecho fundamental y no como un privilegio.

Referencias bibliográficas

1. Global Oral Health Status Report: Towards Universal Health Coverage for Oral Health by 2030. Regional Summary of the Eastern Mediterranean Region. 1st ed. Geneva: World Health Organization; 2024.
2. Informe Sobre la Situación Mundial de la Salud Bucodental: Hacia la Cobertura Sanitaria Universal para la Salud Bucodental de Aquí a 2030. Resumen Regional de la Región de Las Américas. 1st ed. Geneva: World Health Organization; 2024.
3. Watt RG, Venturelli R, Daly B. Understanding and tackling oral health inequalities in vulnerable adult populations: from the margins to the mainstream. *Br Dent J*. 2019;227(1):49-54. DOI: 10.1038/s41415-019-0472-7
4. Lee H, Kim D, Lee S, Fawcett J. The concepts of health inequality, disparities and equity in the era of population health. *Appl Nurs Res*. 2020;56:151367. DOI: 10.1016/j.apnr.2020.151367
5. WHO Guideline on Health Workforce Development, Attraction, Recruitment and Retention in Rural and Remote Areas. 1st ed. Geneva: World Health Organization; 2021.
6. Hannan CJ, Ricks TL, Espinoza L, Weintraub JA. Addressing Oral Health Inequities, Access to Care, Knowledge, and Behaviors. *Prev Chronic Dis*. 2021;18:E27. DOI: 10.5888/pcd18.210060
7. Commercial determinants of health [citado 12 de mayo de 2026]. Recuperado: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/commercial-determinants-of-health>
8. Salud bucodental y determinantes sociales de la salud | FDI [citado 12 de mayo de 2026]. Recuperado: <https://www.fdiworlddental.org/es/salud-bucodental-y-determinantes-sociales-de-la-salud>

9. Pérez Lugo JE. La necesaria reforma de los Sistemas de Salud en América Latina. Gac Labor [Internet]. Universidad del Zulia; 2007 [citado 12 de mayo de 2026];13(1):43-57. Recuperado: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1315-85972007000100003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
10. Breilh J. Critical epidemiology and the people's health. New York: Oxford University Press; 2021.
11. Manrique Chávez JE. Salud pública estomatológica. Rev Estomatológica Hered [Internet]. Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2016 [citado 12 de mayo de 2026];26(4):203-5. Recuperado: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1019-43552016000400001&lng=es&nrm=iso&tlng=es
12. Juárez-Medel CA, González-Rojas JM, Moya-Sánchez SG. El rol de la odontología en la salud pública: experiencia multidisciplinaria en la Administración Pública Federal de México. Rev Estomatológica Hered. 2025;35(1):79-81. DOI: 10.20453/reh.v35i1.5909
13. Glick M, Williams DM. FDI Vision 2030: Delivering Optimal Oral Health for All. Int Dent J. 2021;71(1):3-4. DOI: 10.1016/j.identj.2020.12.026