

ANÁLISIS DE SALUD BUCAL EN UNA COMUNIDAD URBANA. LA HABANA 2014

Autor: Diego A. Ochoa González

Doctor en estomatología. Especialista de 2do Grado en Administración de Salud. Máster en Salud Bucal Comunitaria. Profesor auxiliar e investigador auxiliar.
dochoa@infomed.sld.cu Teléfono 8350865

RESUMEN

El análisis de la situación de salud de la comunidad es una de las actividades que contribuye a la Educación Médica Superior y a la formación de los estudiantes de Estomatología desde el 3er año. Con el propósito de identificar y priorizar los problemas de salud bucal de una comunidad se efectuó un estudio de la situación de salud bucal de 20 familias pertenecientes a un consultorio del policlínico Plaza, donde se utilizó la Historia de Salud Bucal Familiar, además la entrevista y la observación; describiéndose las características de la comunidad e identificándose y priorizándose por el método de Ranqueo como principales riesgos para la salud bucal los pertenecientes al Modo y Estilo de Vida como la educación para la salud deficiente en un 51.3 %, la higiene bucal deficiente 73.6 % y el tabaquismo 47.3 %, donde se consideró latrascendencia social del problema teniendo en cuenta la necesidad y opinión de la población, así como la magnitud del mismo, la posibilidad real de modificarlos si estaban dentro de los grupos priorizados por el Programa Nacional Atención Estomatológica Integral a la Población.

Palabras claves: salud comunitaria; situación de salud bucal

INTRODUCCION

La salud y la enfermedad son procesos que se modifican y transforman constantemente. Con el propósito de mantener una evolución favorable de estos procesos surgió la Salud Pública la cual ha sido definida como los esfuerzos organizados de una sociedad para la prevención y control de los problemas de salud

y para promover una vida saludable. ¹ En esta dirección y dada la prioridad por la promoción, la Salud Pública le ha dado primacía a la Atención Primaria de Salud (APS), como eje central en la defensa de la salud de la población. ²

En Cuba con la creación y desarrollo del Programa del Médico de la Familia en la APS, se han fortalecido los enfoques, donde la familia y la comunidad son también consideradas en la evaluación del proceso salud. Esto responde a la convicción de que no solo las interacciones familiares, sino también las comunitarias, pueden tener un efecto profundo sobre la condición de salud o enfermedad en una población. En este proceso interactivo se inserta el Análisis de la Situación de Salud (ASS) al nivel comunitario.

El ASS, como herramienta, resulta indispensable para el establecimiento de proyecciones y estrategias del sistema de salud, pues permite identificar diferencias tanto entre las poblaciones y los grupos, como al interior de estos y así focalizar mejor las intervenciones que conduzcan a un mayor éxito en la prestación de servicios y satisfacción de los (as) usuarios (as). ^{3,4}

En 1937, como respuesta a la política sanitaria regional, dirigida a controlar la malaria, se creó la Unidad Sanitaria de Marianao, donde se inició el desarrollo de relaciones intersectoriales y comunitarias a través del trabajo con maestros y asociaciones de vecinos. Cada tres meses se analizaba la situación de salud a partir del trabajo epidemiológico.⁵

Coincidiendo con el inicio del Sistema Nacional de Salud (SNS) en Cuba, se utilizó con fines normativos, una guía que facilitaba información sobre la situación de salud en forma descriptiva-diagnóstica, y que fue promovida por el organismo regional CENDES-OPS.⁶

Posteriormente con la implantación de la medicina comunitaria en 1973 se incorporó una nueva «corriente» relacionada con el análisis de la situación de salud relativa a los estudios de morbilidad.⁵

Estos aspectos han hecho avanzar los análisis de situación de salud, sobre todo después de la puesta en marcha, en 1984, del Programa de Atención Integral a la Familia (PAIF), pero aún existen deficiencias, comprobadas por estudios y controles realizados, que impiden su correcta aplicación.⁷⁻⁸

En aquella etapa el Diagnóstico de Salud (denominación inicial del proceso) fue utilizado esencialmente con fines docentes y evaluativos y la participación de la población fue más bien pasiva.

Desde 1995 se generaliza en el país el término «Análisis de la Situación de Salud». Se definen mejor los objetivos que se persiguen, y se aboga por una mayor participación de la población en el proceso así como en la ejecución de acciones, concluyéndose que se debe realizar un análisis crítico de los componentes socio históricos, culturales y socio demográficos de la población, de los riesgos personales, familiares y comunitarios para identificar sus interrelaciones y explicar los daños de la salud mediante la utilización del método clínico, epidemiológico y social. Debiéndose tener en cuenta el componente bucal que ejecuta el estomatólogo a él vinculado.⁹

El ASS es un instrumento de trabajo imprescindible en la atención primaria de salud pues su realización es trascendental en la evaluación del proceso salud-enfermedad. Constituye, además, un contenido elemental en los programas de formación de profesionales de las ciencias médicas¹⁰⁻¹¹

En el contexto actual, el ASS a nivel comunitario se realiza anualmente en todas las Áreas de Salud del país, por los médicos y enfermeras de la familia. En estomatología al nivel comunitario se realiza por los estomatólogos que tengan dos o menos consultorios, incluye a los que atiendan escuelas, círculos infantiles, centros de trabajo y hogares de ancianos, donde la fuente de información fundamental es la Historia de Salud Bucal Familiar (HSBF), el análisis se realiza cada dos años, de conjunto con el médico de la familia.¹²

En los que tienen más de dos consultorios la periodicidad establecida es también cada dos años, aunque sea diferente la obtención de la información, donde se establece la ejecución de un muestreo y encuesta, además de la que se obtiene de las fuentes de la propia comunidad y sus representantes.¹²

En relación con la docencia, en medicina desde 1986, la asignatura Teoría y Administración de Salud se comienza a impartir, introduciéndose en su programa del curso 87-88 el estudio del DSS.

En la enseñanza de estomatología la inserción del tema se realiza desde el comienzo del Plan de Estudios C, en el 91-92, a través de las asignaturas de Estomatología Integral en 3ero, 4to y 5to año de la carrera. Con el propósito de consolidar las habilidades para identificar y priorizar los riesgos a la

salud bucal, en una comunidad asignada, es que se realiza el presente trabajo, trazando como objetivos el de caracterizar socio demográficamente una comunidad, describir los factores de riesgo que pueden provocar daño a la salud bucal, además de identificar y priorizar los problemas de salud bucal.

MATERIAL Y METODO

Con la aplicación del método epidemiológico se realizó un estudio observacional descriptivo, de corte transversal en el período comprendido entre mayo y junio del año 2014. Fue escogido de un universo de 362 familias, con 1134 personas una muestra al azar de 20 familias, cuyas viviendas son colindantes, área que se caracteriza por su colaboración, se encuentran ubicadas en la calle Almendares, todas pertenecientes al consultorio 5, circunscripción 3, del Policlínico Docente Plaza.

Se realizó el examen bucal al total de la población estudiada en el terreno haciendo uso de la luz solar o artificial, guantes, exploradores y depresores linguales, se utilizó la Historia de Salud Bucal Familiar, además la entrevista, la observación y los aportes brindados por la enfermera y el médico.

Para determinar la higiene dental se aplicó el índice de Higiene Bucal Simplificado. Debido a la importancia del mismo se realizó además el examen del Programa de Detección del Cáncer Bucal (PDCB) a todos los mayores de 15 años.

Para preservar los principios éticos de la investigación, por tratarse de un estudio de acción directa se explicó a la población el objetivo del estudio y la confidencialidad de la información.

Como medidas de estadística para el resumen de la información se utilizaron el número y por ciento, además de los índices, plasmando los datos en tablas para su mejor análisis y comprensión.

Para la identificación de los problemas se utilizó el método de indicadores y para recoger las necesidades sentidas de la población se utilizó como búsqueda de consenso la Asamblea Comunitaria donde participaron los presidentes del CDR, Consejo Popular y FMC. Luego se priorizaron mediante los métodos de Trillaje y Ranqueo un grupo de problemas, los que deberían ser llevados a un plan de intervención.

RESULTADOS

La comunidad está ubicada en el barrio capitalino “Vedado”, perteneciente al municipio Plaza de la Revolución, la población es mayormente adulta y sus integrantes se encuentran vinculados a organizaciones político-administrativas como CDR, FMC, CTC, Defensa Civil entre otras.

Las construcciones del área son antiguas, conjugándose las viviendas monoplantas y biplantas, es una zona con servicio de acueducto que incluye su cloración y funciona de manera estable, existen ligeros problemas con el alumbrado público, disfrutan además de alcantarillado, gas y teléfono.

Se cuenta con recolectores en el área para los desechos sólidos, el transporte del mismo es realizado por camiones, existe una red vial asfaltada con aceras.

En la vecindad se localizan áreas verdes con parques, servicios educacionales, centros culturales, de deporte y recreación, cuenta además con centros comerciales y gastronómicos tanto estatales como privados. Además se llevan a cabo tareas de control de vectores periódicamente por parte del personal de salud pública.

Existen vías de comunicación principales como la avenida Infanta que está a cuatro cuadras y la Salvador Allende, por las que transitan los ómnibus, transporte principal para el desplazamiento de la población.

Tabla: 1 Distribución de la población según grupos de edad y sexo.

Grupo de Edad	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	No	%	No	%	No	%
Menor de 1 año	0	0	1	2.44	1	1.32
1 – 4 años	1	5.72	1	2.44	2	2.64
5 – 9 años	3	8.58	2	4.88	5	6.58
10 –19 años	7	20	4	9.76	11	14.48
20 – 34 años	6	17.15	6	14.64	12	15.79
35 – 59 años	11	31.43	17	41.47	28	36.85
60 – 74 años	6	17.15	6	14.64	12	15.79
75 años y más	1	5.72	4	9.76	5	6.58
Total	35	46.06	41	53.95	76	100

La tabla 1 refleja, la distribución de la población por edad y sexo, el 53,95% corresponden a las féminas y el 46,06 % a los hombres, la edad de 35 a 59 años representa el mayor por ciento de la población estudiada.

Tabla 2: Porcentaje de individuos según factores de riesgo

Factores de riesgo	Población	
	No	%
Estrés	26	34.2
Discapacitados	3	3.9
Sarro dental	20	26.3
Hipoplasias del esmalte	2	2.6
Dieta cariogénica	20	26.3
Tabaquismo	36	47.3
Alcoholismo	2	2.6
Familia disfuncional	9	11.8
Educación para la salud deficiente	39	51.3
Bruxismo	2	2.6
Restauraciones dent. defectuosas	5	6.5
Prótesis no funcionales	10	13.1
Hábitos deformantes	18	23.6
Higiene bucal deficiente	56	73.6
Recesión gingival	12	15.7
Ausencia del 1er molar	24	31.5
Diabetes Mellitus	5	6.5
Anomalías dentofaciales	12	15.7
Consumo alimentos calientes	8	10.5
Hábitos ocupacionales	3	3.95
Hipertensión arterial	10	13.1

De los factores de riesgo de enfermedades identificados, se destacan la higiene bucal deficiente con el 73.6%, insuficiente educación para la salud 51.32% y la presencia del tabaquismo con un 47.3%.

Tabla 3: Porcentaje de población según edad y presencia de enfermedades bucales.

Grupo de Edad	Enfermedades Bucles							
	Caries dental		Enfermedad periodontal		Maloclusiones		Estomatitis subprótesis	
	No	%	No	%	No	%	No	%
< de 1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
1-4	1	0.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0
5-9	1	20.0	1	20.5	2	40.0	0	0.0

10-19	2	18.1	1	9.0	5	45.3	0	0.0
20-34	9	75.1	2	16.6	1	8.3	0	0.0
35-59	10	35.7	5	17.8	3	10.7	0	0.0
60-74	1	8.3	2	25.3	1	8.3	1	8.3
de 75	1	20.2	1	20.2	0	0.0	1	20.0
Total	25	32.9	13	17.1	12	15.7	4	5.2

Se aprecia en la tabla 3, al 32.9% con presencia de caries dental, siendo la edad de 20 a 34 años la más representada en un 75.1%, seguida de la enfermedad periodontal en un 17,1%, donde la población de 60 a 74 años representa el 25,3% de los afectados. El mayor porcentaje de anomalías dentofaciales se encuentra en el grupo de 10-19 años.

Tabla 4: Índice de COP por grupos de edades

Grupo de edades	C	O	P	COP
5-9	1	4	1	1.33
10-19	2	8	3	1.00
20-34	9	20	5	2.14
35-59	10	30	45	10.82
60-74	1	8	176	15,4
75	1	19	75	19.0
Total	24	93	305	5.56

Los resultados del comportamiento del índice COP por edades, muestran que existen 305 dientes perdidos sobre todo en pacientes con 60-74 años de edad. En la edad de 5 a 9 el índice es de 1.33 dientes afectados por caries, en el grupo de edad de 10 a 19 años es de 1, siendo superior en los grupos de población comprendido entre los 35-59 años y a medida que aumentan los años se observa como este índice va aumentando y siempre a expensa de los dientes perdidos.

DISCUSION

La población estudiada se clasificó en cuanto a grupos de edades y sexo, según el Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la Población. Está constituida por 41 mujeres y 35 hombres. De forma general la población es adulta, y comparando los grupos de 20-34 y 60-74 años se observó una tendencia al

envejecimiento, valor que corresponde con los estudios realizados en nuestro país provocado fundamentalmente por el aumento de las expectativas de vida, así como los grupos de edades que corresponden con el sector infantil tienen bajos valores producto de la disminución de la natalidad.

El análisis del funcionamiento familiar aporta que la mayoría de las familias son funcionales 65%, lo que favorece el enfrentamiento de los problemas comunitarios además de ser de familias más receptivas a los mensajes de Educación para la Salud, observándose similares resultados en estudios anteriormente realizados.

En relación al estado de las viviendas, predomina el buen estado constructivo en un 59%, ninguna vivienda presenta hacinamiento; en cuanto a las condiciones higiénico sanitarias prevalece la buena higiene 45% tanto de la vivienda como del área en general; existiendo una adecuada disposición de residuales líquidos y sólidos sin acúmulos, la recogida de estos es regularmente diaria, manteniéndose limpias las calles, recordemos que los factores ambientales pueden alterar la susceptibilidad del individuo a padecer enfermedades. El abasto de agua es bueno en un 95 % de las viviendas, siendo a señalar que solo en tres se toma agua hervida o filtrada. En este aspecto se discrepa con estudios anteriores que plantean dificultades con el suministro de agua a la zona que resolvieron luego de reparaciones realizadas.

La higiene bucal predominante de todos los grupos etarios es regular 52.6%, por no cumplirse con la forma y frecuencia correcta del cepillado. Se ha demostrado por diferentes investigaciones la firme asociación entre enfermedad y la higiene bucal, estudios clínicos y de laboratorio han servido para complementar los conocimientos sobre tal relación.¹³⁻¹⁴

El inicio de la caries dental guarda relación con los microorganismos y su retención en las superficies dentarias durante un tiempo suficiente, que permita a los productos metabólicos (ácidos) alcanzar una concentración elevada por aporte excesivo de azúcares en la alimentación.¹⁵

La distribución porcentual de los factores de riesgo identificados, que influyen en la aparición de enfermedades, muestran que la higiene bucal y la educación para la salud deficientes, son los predominantes, fundamentalmente cuando están asociados a una dieta cariogénica. Las deficiencias de la higiene bucal se traducen en mayor acumulación de placa dentobacteriana lo cual reduce el coeficiente de difusión de los ácidos formados por los microorganismos fermentadores facilitando el proceso de desmineralización y el riesgo a caries dental.¹⁴

También son numerosos los estudios realizados que han concluido que la mala higiene bucal es proporcional a la enfermedad periodontal. Igualmente están presentes otros factores de riesgo como el estrés, la diabetes y el tabaquismo que pueden propiciar la aparición de periodontopatías.¹³

Es importante destacar el rol de la diabetes mellitus en la aparición de las periodontopatías, porque provoca rigidez de los vasos sanguíneos como consecuencia de la hiperglucemia, lo que disminuye la quimiotaxis polimorfonuclear, la difusión del oxígeno a los tejidos, la eliminación de los residuos metabólicos y la síntesis del colágeno.

El estrés sostenido y el tabaquismo además asociados al hábito de ingerir alimentos demasiado calientes factores todos identificados, están relacionados con la aparición de lesiones malignas.¹⁶

Demostrándonos que cualquier cuidado sobre la población es poco debido a su gran exposición a factores de riesgo diversos que pueden provocar múltiples enfermedades.

Entre los hábitos deformantes se identificaron fundamentalmente a la onicofagia y la queilofagia y en menor escala a la succión digital y la respiración bucal.

En relación con la presencia de enfermedades bucales se observó a la caries dental como la que más prevalece en la población estudiada, siendo el grupo de edad más afectado el de 20-34 años. La caries dental es una enfermedad multifactorial de alta prevalencia según numerosos estudios epidemiológicos.

La enfermedad periodontal le continua donde el grupo más afectado fue el de 60-74 años y más. Se considera como responsable de esta entidad a la mala higiene bucal pues existe una fuerte correlación entre la gingivitis, la periodontitis o la pérdida ósea y el estado de higiene bucal.¹³ Se debe resaltar que la higiene bucal deficiente propicia la acción de factores asociados a esta enfermedad y también identificados en este estudio como la edad avanzada, el estrés, el sarro, el tabaquismo, los hábitos ocupacionales, las restauraciones dentales defectuosas, la diabetes mellitus y en menor escala el bruxismo y el medio familiar disfuncional.

En el COP por edades aumenta a medida que aumentan los años y generalmente es a expensa de los dientes perdidos por caries, sobre todo en pacientes mayores de 60 años de edad, reflejo del proceso de envejecimiento cuando hay hábitos alimentarios inadecuados, cepillado bucal incorrecto, baja concurrencia a la consulta estomatológica, propiciado por el bajo nivel de educación sanitaria.

Se identificó un índice COP total de 5.56 lo cual es elevado, pues las metas de la OMS para el 2015 establecen 4.6, en relación con estas metas tampoco se cumple con el %de población infantil sin maloclusiones ya que hay solo un 63.6% mientras el valor de la proyección es de > o igual 75%.⁶

Además el porcentaje de individuos entre los 35-59 con más de 20 dientes en la boca es bajo, solo cinco (17.8 %) y en el caso de los mayores de 60 solo conservan más de 20 dientes en su boca dos individuos (11.7%), siendo este resultado similar a estudios anteriormente realizados.

También se evidenciaron las necesidades de tratamiento, donde el 78.9% precisan del nivel de atención primario y el 61.7% del nivel secundario fundamentalmente de prótesis dental la cual requieren 24 personas, reflejándose en mayor número las prótesis parciales superiores seguidas de las parciales inferiores. De los servicios de Periodoncia requieren tratamiento 16 personas y en ortodoncia 13. Por la ejecución del PDCB en mayores de 15 años, se examinaron un total de 62 personas, siendo remitidos dos, entre 15 y 34 años al servicio de Cirugía por presentar lesiones bucales y dos mayores de 60 por estomatitis subprotesis.

IDENTIFICACION DE PROBLEMAS POR DETERMINANTES

Para identificar los principales problemas de salud bucal de esta comunidad se aplicó el método de indicadores y para conocer las necesidades sentidas de la población se utilizó como búsqueda de consenso la Asamblea Comunitaria que coincidió con una reunión del Consejo Popular de la zona. A continuación se exponen los problemas identificados y agrupados por Determinantes.

Modo y estilos de la vida: Estrés, sarro dental, dieta cariogénica, tabaquismo, alcoholismo, bajo nivel de educación para la salud, prótesis no funcionales, hábitos deformantes, hábitos ocupacionales, higiene bucal deficiente, consumo alimentos calientes y uso de prótesis desajustadas.

Medioambiente: Bajo nivel socioeconómico y familias disfuncionales.

Biogenéticos: Periodontopatías, estomatitis, bruxismo, recesión gingival, caries dental, anomalías dentofaciales, ausencia del 1er molar, disfunción masticatoria, discapacitados y enfermedades sistémicas (diabetes, hipertensión)

Organización de los servicios de salud: Dificultades en el servicio de prótesis dentales, coincidencia del horario laboral con el de trabajo de la clínica.

PRIORIZACION DE PROBLEMAS.

Por ser imposible abordar todos los problemas al mismo tiempo y para facilitar la selección de las prioridades utilizamos inicialmente el método de Trillaje siendo seleccionados por consenso como más importantes el: Estrés, sarro dental, dieta cariogénica, tabaquismo, educación para la salud deficiente, caries dental, disfunción masticatoria, periodontopatías, higiene bucal deficiente ausencia del 1er molar y hábitos deformantes.

Posteriormente a esta lista simplificada de problemas le aplicamos el método de Ranqueo, donde se consideró la trascendencia social del problema teniendo en cuenta la necesidad y opinión de la población, así como la magnitud del mismo, la posibilidad real de modificarlo, si estaba dentro de los grupos priorizados por el PNAEIP y si existía coherencia con la actividad de estomatología, no se tuvo en cuenta la tendencia por no poder comparar. Siendo seleccionados por orden de prioridad como problemas a intervenir mediante un plan de acción para limitar o eliminar las causas de los problemas identificados, la educación para la salud y la higiene bucal deficiente, la dieta cariogénica, la caries dental en los grupos de 35-59 y 20-34 años, el sarro dental, las periodontopatías fundamentalmente en los grupos de 60-74 y 35-59, el tabaquismo, la disfunción masticatoria presente de 60-74, las anomalías dentofaciales de 5-9 años y los hábitos deformantes identificados.

Los problemas de salud al tener un origen multicausal, en ocasiones muy numerosas, es imposible atenderlas a todas, por tanto las acciones deben estar orientadas sobre los factores causales verdaderamente importantes, y fundamentalmente aquellos que dan origen a varios problemas, dicho en otras palabras, deben tener prioridad los factores de riesgo comunes a varias enfermedades, plasmándose organizadamente en un plan la solución de los problemas con la presentación resumida de las tareas que deben realizarse, en plazos de tiempo específicos, utilizando determinados recursos con el fin de lograr un objetivo, elevar el nivel de salud bucal.

CONCLUSIÓN

Es una comunidad urbana desarrollada donde predomina el sexo femenino y la edad comprendida entre los 35 a 59 años de edad, los factores de riesgo que más prevalecen son la higiene bucal y la educación para la salud deficientes, el tabaquismo y la dieta cariogénica. El índice COP es elevado, los principales

problemas de salud priorizados fueron la educación para la salud y la higiene bucal deficientes, la dieta cariogénica, la caries dental, el sarro dental, las periodontopatías, el tabaquismo, la disfunción masticatoria y las anomalías dentofaciales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dávila F, Gómez W, Hernández T. Situación de salud, una herramienta para la gerencia en los posgrados. Rev. Cubana Salud Pública [Internet]. 2009 Mar [citado 31 ene 2015]; 35(1). Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662009000100017&lng=es&nrm=iso&tlng=es
2. Rojas Ochoa F. La muy necesaria renovación de la Atención Primaria de Salud. Revista Cubana de Salud Pública. [Internet]. 2009 Dic [citado 31 ene 2015]; 35(4): 1-2. Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662009000400001&lng=pt&nrm=iso&tlng=es
3. Díaz Bernal C.Z, Presno Labrador M. C. Enfoque de género en el análisis de la situación de salud desde la perspectiva de las determinantes sociales de salud. Rev Cubana de Med Gen Integr. [Internet] 2013 abr.-jun. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol29_2_13/mgi14213.htm
4. ArtillesVisbal L, Alfonso Rodríguez A. Género. Bases para su aplicación en el sector de la salud. OPS/OMS, Cuba; 2011.
5. Sosa Lorenzo I, Rodríguez Salvá A, Abreu Gonzalez I, Guerra Chang. M, Lefevre P, De Vos Pol. Percepción sobre el análisis de situación de salud en un Consejo Popular de Centro Habana. Rev Cubana HigEpidemiol [Internet]. 2011 Ago .http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext
6. Organización Mundial de la Salud. Prevención de las enfermedades bucales. Publicación No 187, 2000.
7. Pria Barros M.C, Louro Bernal I, Fariñas Reinoso A. T, Gómez de Haz H, Segredo Pérez A. Guía para la elaboración del análisis de la situación de salud en la atención primaria. Rev. Cubana Med Gen Integr. [Internet] 2006 Jul.-Sep.[citado 11 de diciembre de 2010]; 22(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext
8. Velázquez Pupo A, Rodríguez Reyes H, Sánchez Hernández E, DucongerDanger M, Benítez Sánchez E. Análisis de la situación de salud en una comunidad especial. MEDISAN. 2010 [Consultado: 5 de abril de 2010]; 14 (2):[1 pantalla]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext
9. Programa del médico y enfermera de la familia. La Habana, ecimed editorial de ciencias médicas 2011
10. García Pérez R.P, Nolla Cao N, Rivera Michelena N, Bringas Sosa Y. Propuesta de estrategia docente del Módulo Análisis de la Situación de Salud de la especialidad de Medicina General Integral para venezolanos. EducMedSuper. [Internet] 2012 Abr.-Jun; Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext
11. Ministerio de Salud Pública. UCM-H. Viceministerio de Docencia e Investigación. Disciplina Medicina General Integral. Programa de la asignatura: Diagnóstico de Salud y Análisis de la Situación de Salud; La Habana: MINSAP; 2010.
12. Programa nacional de atención estomatológica a la población. La Habana, ecimed editorial de ciencias médicas 2002

13. Colectivo de autores del departamento de Periodoncia. Literatura complementaria. Epidemiología de la enfermedad periodontal. Capítulo 1 Curso 2012-2013
14. Lulick- Dukic O; Juric H; Dukic W, Glarina D. Factors predisposing to early childhood caries (EEC) in children of preschool age in the city of Zagreb, Croatia. Coll Antropol. 2010; 25(1):297-309.
15. Riley JL, Richman JS, Rindal DB, Fellows JL, Qvist V, Gilbert GH. Fellows. Use of Caries Prevention Agents in Children: Findings from the Dental Practice-based Research Network. Oral Health Prev Dent. [Internet] 2010 [citado 2015 Feb. 22]; 8(4): 351-59. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3074637/>
16. MINSAP. Dirección General de Estomatología: Programa Nacional de Diagnóstico del Cáncer Bucal. Editorial Ciencias Médicas. La Habana, 1986.