

Evolución del Estado de Salud Bucal de la población cubana desde el año 1984 hasta 1998, según cumplimiento de las Metas de Salud Bucal para el 2000.

Al analizar los resultados de las investigaciones realizadas para conocer el Estado de Salud Bucal de la población cubana en los años 1984, 1989, 1995 y 1998 se evidencian cambios favorables como expresión del trabajo ejecutado por el Ministerio de Salud Pública en su Sistema Nacional de Salud.

La aplicación de una estrategia preventiva sustentada en un desarrollo social y una voluntad política con la participación de toda la población es lo que ha posibilitado estos logros de la salud cubana, aunque continuamos trabajando y perfeccionando nuestras estrategias para alcanzar metas superiores.

A continuación analizaremos cada una de las metas establecidas por la FDI.

Meta 1:

La FDI estableció que al menos el 50% de los niños de 5-6 años de edad debían llegar al año 2000 sin haber tenido ninguna enfermedad bucodental, algo que nuestro país se propuso alcanzar y logró en 1998 cuando el 55% de los niños examinados fueron sanos.

Según se muestra en el Cuadro y Gráfico, el incremento del % de pacientes sanos en el período 1984-1998 fueron de un 26.1%.

El alcanzar esta meta sólo ha sido posible con la realización de acciones de Promoción de Salud y Prevención de Enfermedades por más de 25 años.

Desde 1969 se inició la aplicación de laca flúor en los niños de 2 a 5 años de edad en los Círculos Infantiles y en sus propios hogares. Así mismo se comenzaron a realizar actividades educativas con la población para crear hábitos correctos de higiene bucal e incrementar sus conocimientos. Paralelo a ello se fueron modificando los planes de estudio, enfatizando en la Promoción de Salud y la integralidad de las acciones, capacitándose a profesionales y técnicos en técnicas educativas y afectivo – participativas que posibilitaron el trabajo con la población. Se trabajó en la integración con otros sectores, fundamentalmente educación,

capacitando a profesores y educadores y a los líderes formales e informales de las Comunidades en los temas de interés de ellos y del subsistema de atención estomatológica, de acuerdo a la problemática de cada territorio.

Meta 2:

Según la FDI todos los países en el año 2000 debían lograr que sus poblaciones a los 12 años de edad tuviesen un índice CPO-D menor o igual a 3, estableciéndose nuestro país igual propósito.

Esta meta sólo es posible de alcanzar si desde que el niño nace se comienzan a realizar acciones de promoción de salud y prevención de enfermedades, y como referíamos anteriormente es lo que hizo nuestro Ministerio desde 1969, cuando comenzó a realizar los enjuagatorios de fluoruro al 0.2% quincenalmente a todos los niños mayores de 5 años en las escuelas primarias, extendiéndose posteriormente a la enseñanza secundaria y preuniversitaria.

En la investigación ejecutada en 1984, se determinó que el índice CPO-D era de 4.37 y ya en 1989 se logró reducir a 2.93, cumpliéndose la meta propuesta. La disminución del índice continuó y en 1998 llega a ser de 1.62, según se muestra en el Cuadro y Gráfico.

Meta 3:

Otra de las metas propuestas es la de lograr que el 85% de los adolescentes que llegan a los 18 años de edad conserven todos sus dientes, para lo cual no sólo es necesario ejecutar todas las acciones planteadas en las metas anteriores sino que además se requiere de toda una infraestructura que garantice tratamientos curativos, para evitar la extracción dentaria, necesitando para ello un soporte financiero.

Así mismo los adolescentes constituyen un grupo de población que en un porcentaje elevado, según estudios realizados, evidencian hábitos negativos hacia su higiene bucal no demandando atención estomatológica oportuna. No obstante los estomatólogos y técnicos buscan métodos y técnicas educativas que le permitan la aproximación a los jóvenes a través del trabajo con centros de cultura y recreación para cambiar la situación descrita.

Es todo ello lo que ha incidido en que aún no logremos alcanzar la meta propuesta al igual que en los casos anteriores y que difícilmente lo hagamos en el año 2000, pues actualmente sólo el 75.8% conserva todos los dientes, aunque ha sido notable el incremento de este porcentaje desde el año 1984 en el cual sólo el 35.8% evidenciaba esta conservación.

Meta 4:

El compromiso de la FDI para el grupo de población de 35-44 años de edad es que se disminuya en un 75% el promedio de dientes perdidos, siendo el propósito de nuestro país un 50% teniendo en cuenta la situación inicial determinada en el año 1984, donde este promedio era de un 12.6.

Al analizar el comportamiento de este índice apreciamos que aunque se ha disminuido a 6.6, aún no logramos el propósito de 6.3. Igualmente se comporta la meta secundaria que propone que en el año 2000 el 89.25% de la población de este grupo de edad conserven 20 o más dientes funcionales, al alcanzar sólo el 81% en el año 1998. Esto se debe a que este grupo de población no recibió desde edades tempranas los beneficios de la promoción y la prevención que son hoy pilares fundamentales de nuestro sistema, estando presente la mutilación como decisión individual en un porcentaje importante, situación que ha ido progresivamente modificándose como consecuencia de las acciones descritas y el desarrollo social del país.

Meta 5:

Al igual que en la meta anterior el propósito de nuestro país fue inferior al establecido por la FDI al tener una situación desfavorable en el año 1984, donde el promedio de dientes perdidos en el grupo 60-74 años de edad era de 28.44. Es por ello que nos propusimos reducir en un 15% este promedio contra el 25% propuesto por la FDI.

A diferencia de la meta 4 aún no alcanzada, ya en este año 1998 logramos reducir a 20.62 el promedio de dientes perdidos contra un propósito de 24.1 para el año 2000, evidenciándose aún más en el notable incremento de personas que

conservan 20 ó más dientes funcionales como meta secundaria, que llega a ser de 18.25%.

No obstante estos resultados, consideramos que es muy bajo aún el porcentaje de personas que llegan a los 60 años con 20 ó más dientes funcionales, teniendo en cuenta que la esperanza de vida en nuestro país es de 77 años y que nuestro objetivo debe ser el de incrementar la calidad de vida de estas personas y que para ello una sonrisa sana es fundamental.

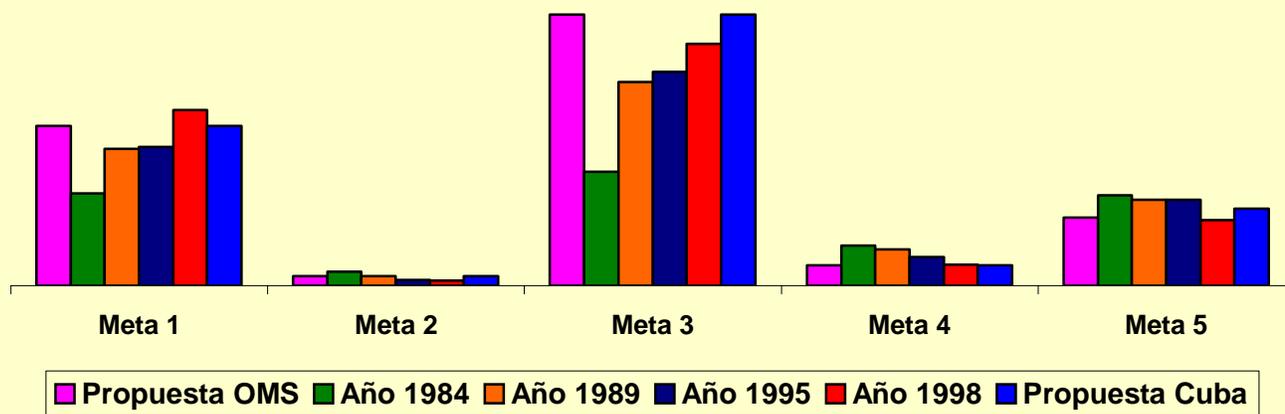
Son estas las razones por las que en los últimos años se han incrementado las acciones educativas para evitar las enfermedades periodontales con énfasis en los mayores de 35 años, por constituir esta la principal causa de pérdida dentaria en estas edades.

Cuadro No. 28: Comportamiento Progresivo de las Metas Propuestas por la FDI para el año 2000. Cuba. 1998.

METAS	Propuest a FDI /OMS	Año 1984	Año 1989	Año 1995	Año 1998	Propuest a Cuba
% de Niños de 5 – 6 años Sanos	50.0%	28.9%	42.9%	43.6%	55%	50.0%
Índice CPO-D a los 12 años	3.00	4.37	2.93	1.86	1.62	< ó =3
% que Conservan todos los dientes a los 18 años	85.0%	35.8%	63.9%	67.0%	75.8%	85%
Promedio de Dientes Perdidos a los 35-44 años	-75.0%	12.6	11.3	8.9	6.6	-50.0% (6.3)
% Conservan 20 ó + Dientes Funcionales a los 35-44 años		59.5%	63.9%	73.9%	81.0%	89.2%
Promedio de Dientes Perdidos a los 65-74 años	-25.0%	28.4	26.9	27.0	20.6	-15% (24.1)
% Conservan 20 ó + Dientes Funcionales a los 65-74 años		6.2%	6.5%	8.1%	18.3%	71.3%

Fuente: Encuestas Nacionales de Salud Oral. Cuba. 1984, 1989, 1995, 1998.

Comportamiento Progresivo de las Metas Propuestas por la FDI para el Año 2000. Cuba. 1998



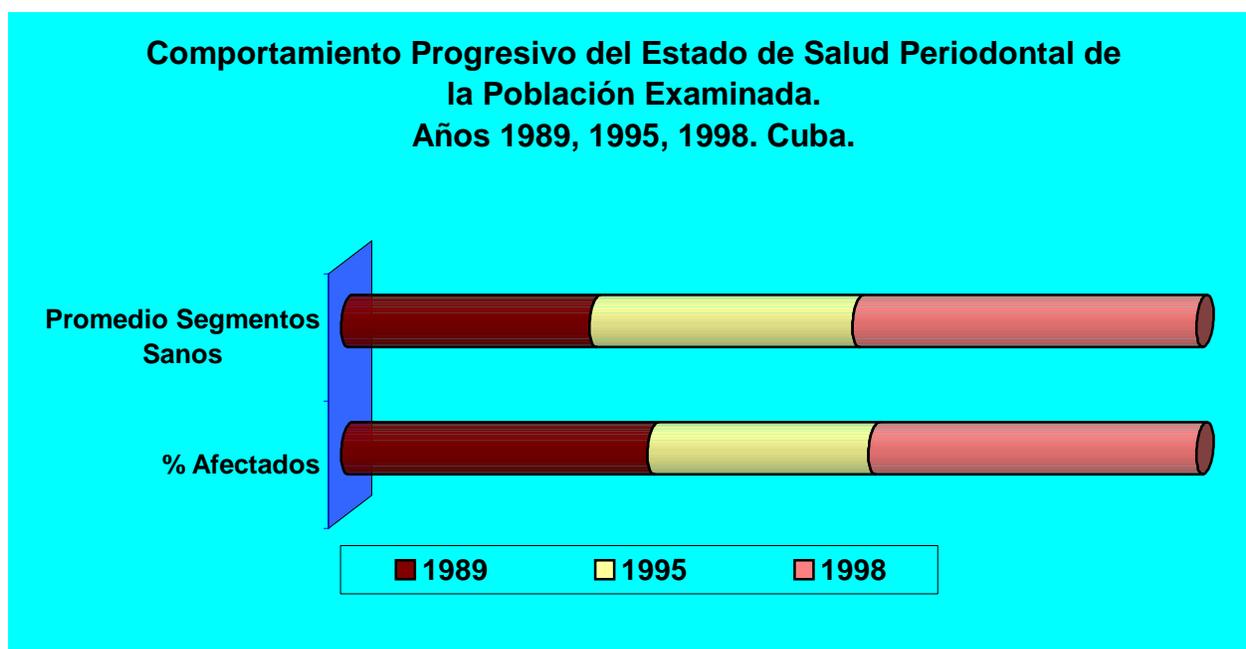
Estado de Salud Periodontal de la población cubana. Comparativo Año 1989-1995-1998.

Al analizar los resultados de las encuestas realizadas en los años 1989, 1995 y 1998, al no disponerse de los datos de la investigación realizada en el año 1984, observamos que aunque se incrementa el promedio de segmentos sanos de 3.4 en el año 1989 a 4.7 en 1998, también se incrementa el porcentaje de personas afectadas de 48.6 en el año 1984 a un 52% en el 98, mostrando estos resultados que, aunque con menos segmentos enfermos son más las personas afectadas del total de examinados. En lo referente a los segmentos excluidos se muestra una marcada tendencia al incremento. Esto nos permite afirmar que aún resulta insuficiente la labor educativa y preventiva de nuestros profesionales sobre la población, teniendo en cuenta que son las enfermedades periodontales la segunda causa de pérdida dentaria.

Cuadro No. 29: Comportamiento Progresivo del Estado de Salud Periodontal de la Población Cubana. Año 1989 – 1995 –1998. Cuba. 1998.

ITEMS	Año 1989	Año 1995	Año 1998
➤ Total de Población Examinada	2 554	3167	2397
➤ Por ciento de Población Afectada	48.6%	35.1%	52.0%
➤ Promedio de Segmentos Sanos	3.4	3.6	4.7
➤ Por ciento de Segmentos Sanos	67.9%	76.9%	77.5%
➤ Por ciento de Segmentos con Sangramiento	2.0%	9.4%	8.1%
➤ Por ciento de Segmentos con Cálculos	26.9%	9.6%	11.7%
➤ Por ciento de Segmentos con Bolsas de 4 ó 5 mm.	2.7%	3.0%	1.8%
➤ Por ciento de Segmentos con Bolsas de 6 mm. ó más	0.3%	0.9%	0.8%
➤ Por ciento de Segmentos Excluidos	16.8%	22.8%	28.2%

Fuente: Encuestas Nacionales de Salud Oral. Cuba. 1989, 1995, 1998.



Es importante destacar que la disminución de los segmentos afectados por bolsas es mínimo por lo cual la severidad de la enfermedad se mantiene, incluso se incrementa la presencia de segmentos con cálculos.

Aunque nos encontramos insatisfechos con los resultados obtenidos es interesante destacar el hecho de que logramos alcanzar desde 1989 la meta propuesta por la FDI para el 2000 de un promedio de segmentos sanos de 3.0.

PROPÓSITOS A LOGRAR EN EL AÑO 2005 EN CUBA

Teniendo en cuenta la evolución del estado de salud bucal de la población cubana, el desarrollo social y las estrategias del Sistema de Salud nos proponemos nuevas metas a alcanzar en el año 2005, ellas son:

META	SITUACION AÑO 1998	PROPUESTA PARA EL AÑO 2005
1) % PACIENTES SANOS 5-6 AÑOS	55%	65%
2) INDICE CPD-O 12 AÑOS	1.62	1.2
3) % PACIENTES 18 AÑOS QUE CONSERVEN TODOS LOS DIENTES	75.8%	85%
4) PROMEDIO DIENTES PERDIDOS 35.44 AÑOS	6.6	5
5) PROMEDIO DIENTES PERDIDOS 60-74 AÑOS	20.6	18
6) INDICE CPO-D	7.8	4.8
7) % PACIENTES AFECTADOS POR PERIODONTOPATÍAS	52%	42%

ESTRATEGIA PARA LOGRAR LAS METAS DE SALUD BUCAL EN EL AÑO 2005.

La Dirección Nacional de Estomatología teniendo en cuenta los resultados del Análisis de la Situación de Salud Bucal de la Población en el año 1998, la tendencia de los principales indicadores de su Estado de Salud desde 1984, el desarrollo social y económico del país y del propio sector Salud, se propuso lograr en el 2005 nuevas metas, las que expusimos anteriormente.

Se estableció que la finalidad del Subsistema era el mejoramiento constante del estado de salud de la población y se definió la Misión de la Dirección como “la DNE es la rectora de la Estrategia Estomatología, encargada de dirigir, ejecutar y controlar la política del MINSAP en cuanto a Salud Buco Dental.

A partir de todo ello se hizo necesario definir las acciones a ejecutar en los próximos años que posibiliten el logro de las metas, conllevando esto un desarrollo de la Estomatología en el país, un incremento en el Estado de Salud Bucal de la Población, una mayor calidad en la atención estomatológica y por tanto un aumento en el grado de satisfacción de la población y los trabajadores, con un uso más eficiente y efectivo de los recursos. Se identifican entonces estos elementos como los objetivos de trabajo para el período 1999-2005, y se establecieron las Proyecciones y Estrategias de la Dirección que lo permitieran.

Las tres grandes Proyecciones son:

1. Mejorar el Estado de Salud Oral de la Población Cubana.
2. Desarrollo del Equipamiento, Instrumental, Materiales y Medicamentos de uso Estomatológico.
3. Desarrollar la Capacidad Gerencial en los Servicios Estomatológicos y el nivel científico técnico de los profesionales y técnicos.

A continuación expondremos las principales Estrategias y dentro de cada una de ellas las acciones que se han estado realizando y que continuarán hasta el año 2005. Ellas son:

- Promoción de la Salud Bucal.
- Fluoruración de la Sal. Prevención
- Epidemiología Bucal y Gerencial.
- Informática.
- Acreditación de los Servicios.
- Somatoprótesis y Laserterapia.
- Equipamiento e instrumental.
- Medicamentos y materiales.
- Recursos Humanos

Las acciones ejecutadas y por ejecutar para el logro de cada una de estas Estrategias son:

- 1) Se identificó que uno de los elementos fundamentales para alcanzar los propósitos del 2005 era la **Promoción de Salud**, y dentro de esta la necesidad de elevar el conocimiento de la población sobre cómo mantener su Salud Bucal. Para ello se requiere incrementar las acciones de Educación de Salud sobre el individuo, la familia y la comunidad, a través de técnicas y métodos participativos en los diferentes escenarios, liderados por el Estomatólogo y la Técnico de Atención Estomatológica, con el apoyo de los Médicos y Enfermeras de la Familia y el resto del Equipo de Salud, y con la participación activa de la población. Como elemento esencial para el cumplimiento de esta Estrategia encontramos la Creación de las Consejerías de Salud Bucal, como la concepción que, sin fronteras ni paredes que la limiten espacialmente, se responsabilizará con la Promoción de Salud en el área asignada y en cualquier escenario a partir de la negociación de necesidades e intereses de los Estomatólogos y la Población. Esencial rol en el logro de esta Estrategia lo constituye el desarrollo de la Estomatología General Integral y la Atención Primaria de Salud. Se elaboró un Programa de Capacitación en Promoción de Salud para el personal profesional y técnico y los líderes comunitarios, a ejecutar en todos los municipios del país, estimulando además el movimiento de Municipios por la Salud y sus modalidades, como escenario ideal para alcanzar este objetivo, además de incorporar a los planes docentes de la enseñanza primaria y secundaria los temas de Educación para la Salud Bucal. En la ejecución de todas estas acciones trabajaremos los próximos años. Continuar realizando talleres en todo el país capacitando al personal en las técnicas antes mencionadas. Aplicar los Programas para los Adolescentes y Adultos Mayores, así como aquellos Programas dirigidos a las Embarazadas y Madres de niños menores de una año. Proponemos continuar desarrollando hasta el año 2005 esta actividad en todo el país, la cual a su vez se multiplica en cada municipio y área de salud, consolidando los programas elaborados e iniciando el trabajo con el grupo de 5-11 años.

Por último nos proponemos intensificar las actividades educativas en todas las edades, con énfasis en el mayor de 35 años, sobre los aspectos que permitan incrementar la salud del periodonto.

- 2) Se identificó la necesidad de implementar un método de prevención de la Caries Dental, que lograra un mayor impacto, fuera masivo, y mucho más económico, que los utilizados hasta el momento; pues con los mismos ya no sería posible disminuir aún más los indicadores alcanzados. Es por ello que se iniciaron los estudios de factibilidad para implementar el Programa de Fluoruración de la Sal de Consumo Humano, el que garantiza por vía sistémica la protección de toda la población, con fluoruros. Realizados estos estudios se determinó las ventajas y posibilidades de su aplicación y se comenzó el estudio de las fuentes de abasto de agua para su mapeo, lo cual deberá concluirse en el tercer trimestre del presente año. Se trabaja en el establecimiento del sistema de vigilancia que posibilitará el seguimiento químico y biológico del Programa, lo cual es un requisito del mismo.

Para su ejecución se capacito el personal responsabilizado con el Programa en cada Provincia, y el grupo central, en el proceso tecnológico y en el propio Sistema de Vigilancia. Se iniciará la adición del flúor a la sal a finales de este año y su distribución a todos los territorios del país que lo requieran. Ello posibilitará una reducción de la Caries Dental hasta en un 40% en los primeros cinco años del Programa en los menores de 15 años, y hasta en un 80% en los segundos cinco años.

Se continuará trabajando en la realización de otros métodos preventivos como son los enjuagatorios de flúor y la aplicación de laca flúor en los primeros cinco años de implementado el Programa, así como en aquellas áreas en que se determine no distribuir sal fluorurada. Así mismo se continuarán dispensarizando los niños que sean clasificados como hipercariados, sobre los que se ejecutarán las acciones que establecidas acorde a los riesgos identificados para cada uno de ellos. Toda la acción preventiva se fundamentará en la Atención Primaria y en el enfoque de riesgo, y será ejecutada esencialmente por el Estomatólogo General Integral. Continuaremos

trabajando en la prevención del Cáncer Bucal, identificando riesgos y detectando en etapas tempranas la enfermedad.

- 3) Otro aspecto identificado como necesario a desarrollar fue la capacitación gerencial de los directivos del subsistema en sus niveles intermedios (provincia) y bajo (municipio); sin abandonar el fortalecimiento del nivel central. Se determinó que para poder asumir las técnicas y métodos modernos de gestión a partir del enfoque de riesgo y las estrategias poblacionales, era necesario que la capacitación y el entrenamiento de los directivos se sustentara en estos aspectos, además de trabajar sistemáticamente sobre la recogida de la información estadística y su presentación y análisis, de conjunto con la Dirección de Estadística. Así este proceso se inició en el año 1997, se continuó durante 1998 y se requiere continuarlo y consolidarlo hasta el año 2005.
- 4) Esta Estrategia, aunque se aborda con fines explicativos de forma independiente, está fuertemente unida a las dos anteriores para el logro de las mismas.

No se concibe hoy en día un sistema de vigilancia, un desarrollo gerencial sin un soporte informático que permita el rápido procesamiento del dato primario y su flujo a los nudos, decisiones para su análisis, evaluación y ulterior decisión.

Para facilitar la recogida del dato primario y su flujo se elaboró un modelo estadístico y se creó un Programa Automatizado que posibilita su procesamiento a todos los niveles, razón por la cual también se requiere del soporte tecnológico, lo cual además fortalece la capacitación gerencial del sistema.

Es una estrategia vital para el momento actual, lo que ha sido reconocido por el Ministerio de Salud Pública, el desarrollo y fortalecimiento de la Estrategia Estomatología, y es por ello que uno de los proyectos aprobados para culminar su primera etapa en el 2005 es el desarrollo de la Informática en Estomatología. Atendiendo a lo antes expuesto se requiere la adquisición del soporte tecnológico para su implementación, lo cual, como ya ha sido planteado, fortalecería la capacidad del Sistema, en las provincias en una primera etapa, y

de los municipios en una segunda, y por último en las Clínicas Estomatológicas.

- 5) La acreditación de los servicios es otra de las Estrategias de la Dirección, teniendo en cuenta el impacto que ello conllevará en la satisfacción de la población al incrementar la calidad de la atención y el uso más eficiente y efectivo de los recursos.

La calidad es una de las preocupaciones actuales de todos los prestadores, pues ello conlleva disminución de los costos y satisfacción del cliente y el propio prestador. Pero para evaluar la calidad se hace necesario establecer estándares, indicadores, criterios, a partir de la infraestructura posible, lo que permite posteriormente conocer si en realidad se brinda o no toda la calidad posible, y para esto es necesario entonces acreditar los servicios, lo que posibilita además definir necesidades de desarrollo, crear redes de referencia y contrareferencia entre otras ventajas.

Por esto la Dirección inició en 1997 un proceso de capacitación de un grupo central que sería el responsable de la Acreditación e Implementación de Programas de Evaluación de la Calidad en los Servicios Estomatológicos del país, de forma escalonada.

Durante 1998 se capacitaron profesionales de los diferentes territorios y se trabajó en los manuales de acreditación.

Es nuestro propósito continuar trabajando en esta Estrategia, específicamente en la capacitación del personal y el perfeccionamiento y reproducción de los manuales e inicio de la implementación de la acreditación hasta el año 2005.

- 6) Independientemente de las dificultades económicas por las cuales atraviesa nuestro país, y que inciden en la atención estomatológica, nuestra Dirección se proyectó continuar introduciendo tratamientos y tecnologías de avanzada que permitieran mantener el nivel de desarrollo y prestigio logrado por la Estomatología cubana, para lo cual ha contado con el apoyo del Ministerio de Salud Pública y la máxima dirección del país. Se destaca en este aspecto la utilización de la Laserterapia en todas las Clínicas Docentes del país y en otros servicios importantes, lo que se extenderá en los próximos años a otras

unidades. Se realizó un proceso de capacitación y de investigación para nuevas aplicaciones que se continuará en los próximos años.

Así en 1997 se inició un proceso de formación de los recursos humanos en la Rehabilitación de la Cara y Prótesis Buco Maxilo Facial y ya en el presente año se inauguró la red asistencial que prestara los servicios, continuando el proceso de capacitación y extensión de la red durante los próximos años. Se trabajara por continuar introduciendo otras técnicas y tecnologías de punta como la Implantología.

- 7) Equipamiento e instrumental: uno de los aspectos que más interesa desarrollar a nuestra Dirección es este, por cuanto el deterioro de los equipos e instrumental, y su insuficiente número atentan contra la calidad de la atención. Para ello se requiere la adquisición de diferentes tecnologías para su producción en Cuba.
- 8) Medicamentos y materiales: la necesidad de producir medicamentos y materiales en Cuba que posibiliten la sustitución de importaciones y la satisfacción de la demanda de la población es una de las premisas de la dirección, y que en un futuro, inclusive, constituya un renglón de exportación. Así mismo la utilización de algunos materiales, como la amalgama, en otras presentaciones (cápsulas) contribuiría a disminuir la contaminación mercurial en los servicios estomatológicos. Dentro de todo ello un lugar fundamental lo ocupan los fito y apifármacos y los medicamentos homeopáticos. Para ello se requiere el desarrollo de investigaciones, la modernización de las líneas de producción y la apropiación de tecnologías de avanzada. Igualmente resulta importante la utilización de otras técnicas de Medicina Tradicional como la Acupuntura y Digitopuntura.
- 9) Recursos Humanos: no nos podemos plantear ningún propósito para el desarrollo de la Especialidad sino garantizamos en primer lugar la actualización constante de los planes y programas de estudio tanto de pre como de post-grado, respondiendo el egresado a las necesidades del SNS. Además nos proponemos alcanzar indicadores de recursos humanos que posibiliten una relación favorable con respecto a la población y entre ellos mismos, y logran así el cumplimiento de los objetivos antes expresados.

INDICADOR	Año 2000	Año 2005
1. Habitante / Estomatólogo Gral	1 800	1 200
2. Habitante / Esp. de Prótesis	25 000	20 000
3. Habitante / Esp. de Periodoncia	35 000	30 000
4. Habitante / Esp. de Ortodoncia	25 000	20 000
5. Habitante / Esp. de Cirugía	50 000	40 000
6. Téc. Atención Estomat./ Estomat	1.2	1.5
7. Téc. Prótesis / Esp. Prótesis.	3.5	4.5

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Centro Nacional de Promoción y Educación para la Salud: Carpeta Metodológica. Movimiento "Municipios por la Salud". MINSAP. Ciudad de la Habana, 1996.
- Chen, M. ; Andersen, R.M y Cols, Comparing Oral Health Care Systems. WHO. Ginebra, 1997.
- Colimon K – M, Fundamentos de Epidemiología Ediciones Díaz de Santos, S.A. España, 1990.
- Documentos de Trabajo OPS / OMS. Años 1994 – 1998.
- Fisher, R; Vry, W; Patton, B: "Como Negociar sin Ceder". Grupo Editorial Norma. Colombia, 1997.
- Greene, W.H; Simons – Morton, B.G: Educación para la Salud. Editorial Interamericana. México, 1988.
- Hernández, R; Fernández, C; Batista, P: Metodología de la Investigación. Editorial Mc GRAW, México 1994.
- Mena, A.; Riviera, L: Epidemiología Bucal (Conceptos Básicos). OFEDO – UDUAL. Caracas, Venezuela, 1991.
- OMS: Encuestas de Salud Bucal Dental. Métodos Básicos. Cuarta Edición. Ginebra, 1997.
- OPS/OMS: Análisis de Costos, Demandas y Planificación de Servicios de Salud. Una Antología Seleccionada. HSD / SILOS – 11 – Washington, D.C. Estados Unidos, 1990.
- OPS/OMS: Clasificación Internacional de Enfermedades aplicadas a Odontología y Estomatología. Tercera Edición. Washington, D.C. Estados Unidos, 1996.
- OPS/OMS: Evaluación para el Planeamiento de Programas de Educación para la Salud. Serie PALTEX No. 18. Washington, D.C. Estados Unidos, 1990.
- OPS/OMS: La Administración Estratégica. Washington D.C, 1992.
- OPS/OMS: La Formación en Epidemiología para el Desarrollo de los Servicios de Salud. Publicación No. 88. 1988.

- OPS /OMS: La Formación en Epidemiología para el Desarrollo de los Servicios de Salud. Publicación No. 88. 1988.
- OPS/OMS: Los Sistemas Locales de Salud. Conceptos, Métodos, Experiencias. Publicación Científica No. 519. Washington, D.C. Estados Unidos, 1990.
- OPS/OMS: Participación de la Comunidad en la Salud y en el Desarrollo de las Américas. Publicación Científica No. 473. Washington, D.C, 1984.
- OPS/OMS: Participación Social. HSD / SILOS – 3. Washington, D.C, 1990.
- Pineault, R.; Pareluy, C: La Planificación Sanitaria, Conceptos, Métodos, Estrategias. Editorial Masson. S.A., Barcelona, España, 1987.
- Sosa, M.; Mojáiber, A: Municipios por la Salud. Dirección Nacional de Estomatología. MINSAP. Cuba, 1998.
- Sosa, M.; Mojáiber, A: Análisis de la Situación de Salud en las Comunidades. “Componente Bucal”. Una Guía para su ejecución”. Dirección Nacional de Estomatología. MINSAP. Cuba, 1998.
- Weintraub, J. A.; Douglas, C.W; Gillins, D.B.: Bioestadística en Salud Bucodental. Organización Panamericana de la Salud. 1989.
- Comité de Expertos de la OMS en equipo y materiales para asistencia bucodental. The periodontal probe for use with the community periodontal index of treatment needs (CPITN). Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1990.
- FDI Commission on Oral Health, Research and Epidemiology. A review of the development defects of enamel index (DDE Index). International dental journal, 1992, 42: 411-426.
- Dean HT. The investigation of physiological effects by the epidemiological method. En: Moulton FR, ed. Fluoride and dental health. Washington, DC, Asociación Americana para el Progreso de la Ciencia, 1942 (Publicación No. 19): 23-31.
- Cons NC, Jenny J, Kohout FJ. DAI: The Dental Aesthetic Index. Iowa, Iowa College of Dentistry, University of Iowa, 1986.

- Los fluoruros y la salud bucodental. Informe de un Comité de Expertos de la OMS en el estado de la salud bucodental y el uso de los fluoruros. OMS, Serie de Informes Técnicos, No. 846, 1994.
- Avances recientes en salud bucodental. Informe de un Comité de Expertos de la OMS. OMS, Serie de Informes Técnicos, No. 826, 1992.
- Vigilancia y evaluación de la salud bucodental. Informe de un Comité de Expertos de la OMS. OMS, Serie de Informes Técnicos, No. 782, 1989.

ANEXO 1:

Relación de Municipios y Áreas de Salud en las que se realizó la Encuesta de Salud Bucodental.

- Baracoa. Provincia de Guantánamo
- Palma Soriano. Provincia de Santiago de Cuba
- Sagua de Tánamo. Provincia de Holguín
- Jesús Menendez. Provincia de Las Tunas
- Trinidad. Provincia de Santi Spiritus
- Santa Clara. Provincia de Villa Clara
- Caibarién. Provincia de Villa Clara
- Cruces. Provincia de Cienfuegos
- Cárdenas. Provincia de Matanzas
- San José de las Lajas. Provincia Habana
- Güira de Melena. Provincia de la Habana
- Consolación del Sur. Provincia de Pinar del Río
- Wilfredo Pérez. Área de Salud del Municipio San Miguel del Padrón, Provincia Ciudad de la Habana.
- 19 de Abril. Área de Salud del Municipio Plaza de la Revolución, Provincia Ciudad de la Habana.
- H y 21. Área de Salud del Municipio Plaza de la Revolución, Provincia Ciudad de la Habana.
- Juan Manuel Márquez. Área de Salud del Municipio Playa, Provincia Ciudad de la Habana.