

## Inequidades sociales: indicadores de salud-enfermedad bucal en pacientes VIH-SIDA

Rita Navas, Yrma Santana, Thais Morales y Egleé Vargas

*Facultad de Odontología. Universidad del Zulia*

*E-mail: ritaminp@yahoo.com, Sanper67@yahoo.com, morales-rojas@cantv.net, vargasacosta@gmail.com*

### Resumen

El objetivo de este estudio fue identificar las inequidades sociales como indicadores de salud-enfermedad bucal en pacientes adultos VIH-SIDA pertenecientes al Programa de Infecciones de Transmisión Sexual del Estado Zulia. Venezuela. A los efectos se realizó un estudio epidemiológico, de campo y 246 pacientes conformaron la muestra. Se aplicó una encuesta para determinar las inequidades sociales expresadas en condiciones socioeconómicas (nivel de educación, ocupación, ingresos) y accesibilidad (oportunidad y gratuidad) a la terapia antirretroviral. Respecto al componente bucal, se evaluó estado de la dentición, índice de necesidad de tratamiento periodontal (CPITN) e índice de Higiene Bucal Simplificada de la Organización Mundial de la Salud. Del estudio, se obtuvieron los siguientes resultados: 60,2% de los pacientes mostraron bajos niveles de educación formal, 34,4% tenían ingresos iguales a un salario mínimo mensual (512 mil 325 bolívares con la reconversión monetaria actual serían Bs F 512,325 equivalente a 238\$) y 43,1% estaban desempleados. 58,9% de los individuos tenían de 5 a más dientes afectados por caries dental, 69,9% requería algún tipo de tratamiento, siendo obturaciones de una superficie (65,9%) y prótesis (66,7%) los porcentajes más elevados. De lo anterior se concluyó que, persisten las inequidades sociales expresadas en un marcado deterioro de las condiciones de vida y de salud bucal de los pacientes VIH-SIDA de este estudio, haciéndose necesario continuar realizando investigaciones que profundicen el abordaje de estas, contribuyendo así a las explicaciones de los determinantes de la salud en su componente bucal.

**Palabras clave:** Desigualdades en salud, salud bucal, VIH-SIDA.

## Social Inequalities: Indicators of Oral Health-Illness in HIV-AIDS Patients

### Abstract

The aim of this study was to identify social inequalities as indicators of oral health disease in HIV-AIDS adult patients under the Program of Sexually Transmitted Infections in Zulia State, Venezuela. For the purposes epidemiological study was conducted in the field and 246 patients formed the sample. A survey to determine the social inequities expressed in socioeconomic conditions (education level, occupation, income) and accessibility (opportunity and free) to antiretroviral therapy. Regarding the oral component, assessed the state of dentition, index of periodontal treatment needs (CPITN) and Simplified Oral Hygiene Index of the World Health Organization. Study yielded the following results: 60.2% of patients had low levels of formal education, 34.4% had income equal to a minimum monthly wage (325 VEB 512 thousand with the current monetary conversion would be equivalent Bs 512.325 F \$ 238) and 43.1% were unemployed. 58.9% of individuals had 5 more teeth affected by dental caries, 69.9% required some type of treatment and a surface fillings (65.9%) and prostheses (66.7%) the percentages high. It concluded that social inequities persist expressed in a marked deterioration in living conditions and oral health of HIV-AIDS patients in this study, making it necessary to continue conducting research to deepen the approach to these, thus contributing to explanations of the determinants of health in its oral component.

**Key words:** Health inequalities, health oral, HIV/AIDS.

### Introducción

La desigualdad social en salud, tal como lo plantea Solar (2007), se refiere a las distintas oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas en función de su clase social, sexo, territorio o etnia, lo que se plasma en una peor salud en los colectivos socialmente menos favorecidos.

En este orden de ideas, La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2008) plantea que la justicia social es una cuestión de vida o muerte. Afecta el modo en que vive la gente, a la probabilidad de enfermar y al riesgo de morir de forma prematura. Según esta organización, dentro de cada país hay grandes diferencias sanitarias estrechamente ligadas al grado de desfavorecimiento social. Esas desigualdades, son el resultado de la situación en que la población crece, vive, trabaja y envejece, y del tipo de sistemas que se utilizan para combatir la enfermedad. A su vez, las condiciones en que la gente vive y muer-

re están determinadas por fuerzas políticas, sociales y económicas.

La Organización Panamericana de la Salud (2004:9) señala que:

“en la región de las Américas, sigue existiendo una gran disparidad en la situación de salud de los diferentes países y grupos sociales, afirmando que es conocido que los grupos con peores condiciones socioeconómicas no solo sufren una mayor carga de enfermedad, sino que, además, presentan enfermedades crónicas e incapacidades a edades más tempranas, tienen menos acceso a los servicios de salud y estos son de peor calidad”.

En el caso del VIH-SIDA, este puede presentarse en personas de cualquier edad, género o nivel socioeconómico; variando la frecuencia, las tasas de mortalidad y los índices de sobrevivencia de un grupo a otro. El Informe del Programa Conjunto de las Naciones Unidas dedicado al VIH/SIDA (ONUSIDA) (2009:2) reporta que, en todo el mundo, 33,4 millones [31,1 millones – 35,8 millones] de per-

sonas vivían con el VIH en 2008 y la cifra de los nuevos infectados fue de 2,7 millones [2,4 millones – 3,0 millones] para ese año. Esta misma organización (2008: 34) plantea que los avances en la ampliación de la respuesta del sector salud para alcanzar las metas del acceso universal a la prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH han experimentado una aceleración a nivel mundial. Sin embargo, aun manteniendo el ritmo actual de expansión, son pocos los países que están en vías de alcanzar las metas relativas al acceso universal para 2010 o las establecidas en los Objetivos de Desarrollo del Milenio para 2015.

En América Latina el total estimado de nuevas infecciones por el VIH en 2007 fue de 140.000 y el número de personas que vivían con el VIH ascendieron a 1,7 millones. Según las estimaciones, presentadas por ONUSIDA (2008: 32) “aproximadamente 63.000 personas fallecieron a causa del sida durante el año 2006”.

En Venezuela según datos del Informe de Declaración de Compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA, en el Programa Nacional de SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), del Ministerio de Salud (2005), la incidencia anual del VIH/SIDA para el año 2004 fue de 4.553 casos de Sida con una tasa de 17,42%.

Las personas son vulnerables al impacto económico del VIH cualquiera que sea su nivel de ingresos, pero los pobres son los que sufren las consecuencias de forma más aguda. ONUSIDA (2008) señala que la epidemia ha continuado su expansión, en gran parte debido a que no se han resuelto las condiciones sociales que aumentan el riesgo y la vulnerabilidad relacionados con el virus.

Una investigación realizada por Tladi (2006) en Suráfrica sobre pobreza y VIH/SIDA en mujeres en edad reproductiva, encontró un riesgo aumentado de infección de VIH en las mujeres pobres, las cuales tenían bajo nivel de educación y pocos conocimientos de los medios para evitar la infección por el VIH.

Un estudio efectuado por Cunningham *et al* (2005) en Estados Unidos sobre la influencia del nivel socioeconómico en la supervivencia de las personas que reciben cuidados para la infección del VIH, reportó que aquéllos pacientes sin recursos financieros suficientes tenían un 89% de mayor riesgo de muerte; así mismo, quienes poseían un grado educativo menor a la escuela secundaria tenían 53% de mayor riesgo de muerte.

Fonseca *et al* (2003) en Brasil, encontraron que los aumentos relativamente más altos de casos de VIH se observaron en los individuos con condición socioeconómica

más baja. Wojcicki (2005) efectuó una revisión sistemática de investigaciones donde se indagaba la relación entre el nivel socioeconómico e infección por VIH en mujeres del África del Sur, Central y Oriental. Los estudios usaron variables que median el nivel educativo, ingresos del hogar, ocupación o estado del empleo. De las 36 investigaciones revisadas, quince no encontraron asociación entre nivel socioeconómico e infección por VIH, doce encontraron asociación entre nivel socioeconómico alto e infección por VIH, y ocho encontraron asociación entre nivel socioeconómico bajo e infección por VIH.

Por otra parte, algunas de las características clínicas importantes de la infección por VIH la constituyen las manifestaciones bucales, la cavidad bucal es uno de los sitios donde primero se manifiestan las enfermedades causadas por este virus, Okoje *et al* (2006) señalan que las manifestaciones orales por infección del VIH ocurren entre el 30 y 80% de los pacientes.

Pedreira *et al* (2008) reportaron que 47% de los pacientes de su estudio presentaban algún tipo de lesión bucal siendo las más frecuentes la candidiasis y la enfermedad periodontal. Así mismo, Marcus *et al* (2005) reportaron que el 40% de los pacientes con VIH/SIDA de su estudio presentó necesidades de tratamiento odontológico asociadas con desempleo, falta de seguro dental, y bajo nivel educativo entre otras variables.

En Venezuela, un estudio efectuado por Montiel y Tovar (2002: 5) “en pacientes con VIH-SIDA, encontraron que 36% de las personas de su estudio no culminó su educación secundaria, 44% no tenía profesión u ocupación y 48% estaban en situación de desempleo”.

El estudio que a continuación se presenta estableció como objetivo identificar las desigualdades sociales como indicadores de salud enfermedad bucal de los pacientes adultos con VIH-SIDA del Programa de Infecciones de Transmisión Sexual del Estado Zulia Venezuela.

## Metodología

Se efectuó un estudio epidemiológico, descriptivo de corte transversal, periodo julio - septiembre 2006. La población estuvo constituida por todos los pacientes que acuden al Programa Regional de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) VIH-SIDA del Estado Zulia-Venezuela. Se seleccionó una muestra probabilística al azar simple de 246 pacientes de ambos géneros y con rango de edades comprendidos entre 20-58 años.

A todos los pacientes seleccionados, se les explicó el propósito, naturaleza y beneficios del estudio después de lo cual aceptaron participar firmando el consentimiento informado por escrito, este fue elaborado de acuerdo a los principios éticos de la declaración de Helsinki (2004). Se protegió la confidencialidad de los participantes mediante la asignación de un número o código establecido para la historia socio-clínica del estudio. La investigación fue previamente aprobada por el Instituto de Investigaciones de la Facultad de Odontología de la Universidad del Zulia.

Para establecer las inequidades sociales se aplicó una encuesta utilizando un cuestionario estructurado, donde el nivel de educación, ocupación, e ingresos mensuales fueron establecidos como indicadores de la condición socioeconómica, y la accesibilidad al tratamiento del VIH-SIDA fue determinada por los indicadores de oportunidad y gratuidad o no a los medicamentos antiretrovirales.

El registro de la información clínica se efectuó en el formulario propuesto por la OMS para estudios básicos e iniciales de referencia de evaluación de salud bucodental (1997). La evaluación odontológica fue realizada utilizando luz natural, espejo bucal plano y una sonda periodontal WHO. Los exámenes clínicos fueron realizados por un odontólogo entrenado y calibrado para el manejo de los criterios de la OMS (1997). La confiabilidad intraexaminador fue determinada mediante la aplicación del coeficiente de Kappa obteniéndose 0,90 para el Índice de Necesidades de Tratamiento Periodontal de la Comunidad (CPITN) y de 0.89 para caries dental.

La determinación del estado de la dentición y necesidades de tratamiento de dientes permanentes se efectuó utilizando los índices propuestos por la Organización Mundial de la Salud (1997). Asimismo, se utilizó el índice CPITN (OMS, 1997) para medir la necesidad de tratamiento periodontal, evaluándose los dientes 15, 11/21, 26, 36, 31/41, y 46 y se estudiaron las condiciones: sano, sangrante, cálculo y bolsa periodontal. También se examinaron los órganos dentarios 11, 16, 26, 31,36 y 46 para verificar el grado de placa dentobacteriana presente en cada uno de ellos utilizándose el índice de Higiene bucal simplificado (Greene, 1964).

### **Análisis Estadístico**

Se realizó un análisis estadístico descriptivo, basado sobre frecuencias de observaciones absolutas y relativas porcentuales.

### **Resultados**

El 67,9% (167) de los pacientes eran del género masculino y 32,1% (79) del femenino, con un rango de 20-58 años.

Las inequidades sociales expresadas en las condiciones socioeconómicas (nivel de educación formal, ocupación, ingresos) y accesibilidad (oportunidad y gratuidad) de los pacientes a la terapia antirretroviral se muestran en la Tabla 1. (Las condiciones de salud-enfermedad bucal se observan en la Tabla 2).

### **Enfermedades bucales y desigualdades sociales**

De los pacientes con más de 5 órganos dentales afectados por caries, 53,4% se ubicó en bajos niveles de educación formal (primaria completa y secundaria incompleta).

Las bolsas periodontales se reportaron en 31% de las personas que tenían bajo nivel educativo. El mayor porcentaje (41,1%) de los individuos libres de enfermedad periodontal reportaron alto nivel de educación (universitaria).

El 25% de los pacientes con nivel educativo alto, mostraron presencia de placa bacteriana hasta 1/3 de extensión coronaria. En contraste 46,1% de los pacientes con bajo nivel de educativo mostraron extensión de más 2/3 de placa bacteriana.

### **Discusión**

En este estudio un alto porcentaje de pacientes con VIH-SIDA mostró bajos niveles de educación formal, y un alto índice de desempleo coincidiendo, con Dray-Spira *et al* (2001) quienes concluyeron, en su estudio realizado en Francia, que la infección por el VIH estaba asociada al desempleo y niveles bajos de educación, igualmente es coincidente con lo reportado por Montiel y Tovar (2002) en la ciudad de Caracas, quienes encontraron elevada proporción de sujetos con VIH-SIDA que no habían alcanzado la educación secundaria, no tenían ocupación definida y presentaban altas tasas de desempleo.

Los elevados porcentajes de pacientes VIH-SIDA reportados en este estudio con marcado deterioro en sus condiciones materiales de vida, permiten establecer su ubicación en la estructuración social venezolana en bajos estratos socioeconómicos, esto coincide con Wood y col (2002) quienes encontraron que el estrato socioeconómico bajo de los pacientes VIH de su estudio estaba fuertemente asociado con el riesgo de muerte.

Tabla 1. Desigualdades Sociales en pacientes adultos VIH-SIDA Programa de Infecciones de Transmisión Sexual del Estado Zulia.2006

Indicadores de Desigualdad	Pacientes (Porcentaje)
<b>Educación</b>	60,2% niveles bajos de educación formal (primaria completa o secundaria incompleta)
<b>Ingresos</b>	34,4%
• Iguales al salario mínimo*	30,0%
• Inferiores al salario mínimo*	
<b>Ocupación</b>	43,6%
• Desempleados	53,7 %
• Economía Informal	
<b>Combinación de indicadores</b>	68,1% de los desempleados con niveles bajos de educación formal (primaria completa o secundaria incompleta)
• Desempleados y nivel educativo	35,5% con Niveles altos de educación formal (Universitaria)
• Ingresos y educación	56% de los pacientes con ingresos iguales al salario mínimo tenían bajo nivel de educación
<b>Acceso a terapias antirretrovirales</b>	100% oportuno y gratuito

Salario mínimo mensual año 2006: 512 mil 325 bolívares según Gaceta oficial de la República Bolivariana de Venezuela No. 38.426. Actualmente con la reconversión monetaria serían Bs F 512,325 equivalente a 238\$.

Tabla 2. Salud-enfermedad bucal de pacientes adultos VIH-SIDA. Programa de Infecciones de Transmisión Sexual del Estado Zulia 2006.

Salud-Enfermedad Bucal	Pacientes (Porcentaje)
<b>Caries dental</b>	30,1%
• Libres de caries	58,9%
• 5 a mas dientes afectados por caries	9,7%
- Componente cariado	
- Componente obturado-cariado	
<b>Necesidades de tratamiento</b>	90,7%
• Sellantes	65,9%
• Obturaciones de una superficie	66,7%
• Prótesis	
<b>Índice CPITN</b>	49,2%
• cálculo dentario	15,4 %
• condición sangrante	12,6%
• bolsa periodontal	17,5%
Periodontitis	77,2%
Necesidad de tratamiento periodontal	
<b>Higiene Bucal (IHOS)</b>	46,1%
Más 2/3 de la corona clínica con placa dentobacteriana.	

Respecto a la enfermedad caries dental, necesidades de tratamiento periodontal, e higiene oral simplificada, los resultados obtenidos apoyan lo reportado por Dobalian *et al* (2003) quienes plantean que las personas con síntomas o diagnóstico de VIH/SIDA tienen una mayor necesidad del cuidado dental que aquellos donde existen pocos síntomas y personas sin la enfermedad.

En relación a las manifestaciones bucales y los aspectos sociales indagados, los hallazgos coinciden con la investigación efectuada por Marcus (2005) quien reportó que pacientes VIH/SIDA en condición de desempleo, falta de seguro dental, y bajo nivel educativo entre otras variables, mostraban un significativo porcentaje de necesidades de tratamiento odontológico. Así mismo coincide con el estudio efectua-

do por Montiel y Tovar (2002:5) quienes encontraron altos promedios de superficies dentarias afectadas y altos niveles de ausencia de hábitos de higiene oral en individuos con VIH-SIDA ubicados en estratos sociales bajos.

Referente al acceso a la terapia antiretroviral, el Informe ONUSIDA(2008) reportó que el número de personas que reciben medicamentos antirretrovíricos en países de ingresos bajos y medianos ha registrado un aumento de diez veces más solamente en seis años, con lo que ascendió a casi 3 millones de personas a fines de 2007.

En años recientes la región latinoamericana ha logrado avances importantes en el control de la pandemia del VIH/SIDA. Para el año 2006, según la Organización Mundial de la Salud de las 490 mil personas necesitadas de tratamiento antirretroviral, en el año 2006 lo habían recibiendo más de 350 mil, lo que significó una cobertura de 72 por ciento; esta organización afirma que América del Sur es una de las regiones del mundo donde están más extendidos los tratamientos antirretrovirales y el costo lo están cubriendo principalmente los gobiernos de la región (ONUSIDA, 2008).

En Venezuela, según el Informe de Declaración de Compromiso en la Lucha contra el VIH/SIDA(2005), el Ministerio de Salud a través del Programa Nacional de Sida (PNSIDA), e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) reportó que para el año 2005 casi 16.000 personas del PNSIDA comenzaron a recibir en todo el territorio nacional, de forma gratuita y regular, triterapia antiretroviral y que además de estos, algunas de esos pacientes también recibieron tratamiento para infecciones oportunistas. Esto coincide con lo reportado en nuestra investigación respecto a la gratuidad y oportuna dotación de esta triple terapia.

Los resultados de este estudio permitieron efectuar una aproximación al establecimiento de las inequidades sociales presentes en los pacientes con VIH-SIDA atendidos en el programa de ITS del Estado Zulia, reafirmando la necesidad de su estudio permanente como elementos determinantes del proceso salud-enfermedad en su componente bucal.

Sin embargo, una de las limitantes de esta investigación, estuvo referida al abordaje de los pacientes VIH-SIDA sin tomar en cuenta su pertenencia étnica (o condición de etnicidad) la cual esta presente en el país, reconocido como multiétnico y pluricultural, y más específicamente en el Estado Zulia donde existen cinco grupos étnicos algunos de los cuales viven en muchos sectores urbanos; tampoco fueron estudiados desde la perspectiva del géne-

ro como construcción sociocultural, no biológica. La consideración de estas dos categorías aunadas a la de clase social, constituyen elementos fundamentales para estudiar lo que se ha denominado la triple inequidad de los determinantes de la salud.

## Consideraciones Finales

Las condiciones de vida y salud bucal de los pacientes VIH-SIDA de este estudio evidenciaron marcadas inequidades sociales, por lo que se hace necesario realizar investigaciones que profundicen el abordaje de estas, relacionándolas con los procesos que explican su aparición y movimiento y sobre todo con el estudio de las inequidades de poder que las generan.

El estudio del proceso salud-enfermedad en su componente bucal, desde la perspectiva de las inequidades sociales contribuye a profundizar el abordaje multidisciplinario del paciente, ya que se estarían ofreciendo otras explicaciones de ese proceso, manifestado y expresado de diferentes modos, según su pertenencia de clase social, género, y etnia ofreciéndose entonces otras bases de sustentación a las prácticas profesionales de la odontología y a la formulación de políticas y programas de atención del Estado en el área de salud bucal de los Pacientes VIH-Sida.

La reducción de las inequidades en salud constituye uno de los mayores desafíos de nuestras sociedades.

## Agradecimiento

Al Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico (CONDES) de la Universidad del Zulia, Venezuela por el financiamiento de la investigación y al personal del Programa Regional de Infecciones de Transmisión Sexual del Estado Zulia.

## Referencias

- CUNNINGHAM, WE.; HAYS, RD.; DUAN, N.; ANDERSEN, R.; NAKAZONO, TT.; BOZZETTE, SA.; SHAPIRO, MF. (2005). The effect of socioeconomic status on the survival of people receiving care for HIV infection in the United States. *J Health Care Poor Underserved*; Vol. 16(4):655-76.
- DRAY-SPIRA, R.; LERT, F.; MARIMOUTOU, C.; BOUHNİK, AD.; OBADIA, Y. (2001). Socio-economic conditions, health status and employment among persons living with HIV/AIDS in France in. *AIDS Care*. Vol15(6):739-48.
- DOBALIAN, A.; ANDERSEN, RM.; STEIN, JA.; HAYS, RD.; CUNNINGHAM, WE.; MARCUS, M. (2003). The impact of HIV on oral health and subsequent use of dental services. *J Public Health Dent*. 63(2):78-85.

- FONSECA, MG.; TRAVASSOS, C.; BASTOS, FI.; SILVA NDO, V.; SZWARCOWALD, CL. (2003). Social distribution of AIDS in Brazil, according to labor market participation, occupation and socioeconomic status of cases from 1987 to 1998. *Cad Saude Publica*; Vol. 19(5):1351-63.
- GREENE, JC.; VERMILLION, J.R. (1964). The simplified oral Hygiene Index. *Journal of American Dental Association*. Vol 68:7-13.
- MARCUS, M.; MAIDA, CA.; COULTER, ID.; FREED, JR.; DER-MARTIROSIAN, C.; LIU, H. (2005). A longitudinal analysis of unmet need for oral treatment in a national sample of medical HIV patients. *Am J Public Health*; Vol. 95 (1):73-5.
- MINISTERIO DE SALUD. Programa Nacional de Sida e Infecciones de Transmisión Sexual. (2005). Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA. UNGASS. Informe del Gobierno de la República Bolivariana de Venezuela, período 2003-2005. Caracas.
- MONTIEL, D. y TOVAR, V. (2002). Relación entre valores inmunológicos, índices bucales e inserción social del paciente con VIH-SIDA. *Acta Odontol Venez*; Vol. 42(1):21-8.
- OKOJE, VN.; OBIECHINA, AE.; AKEN'OVA YA. (2006). **Orofacial lesions in 126 newly diagnosed HIV/AIDS patients seen at the University College Hospital, Ibadan.** *Afr J Med Med Sci*. Vol 35(1):97-101.
- ONUSIDA. Informe sobre la epidemia mundial de VIH (2008). Capítulo 2. Situación de la epidemia mundial de VIH. Disponible en: [http://data.unaids.org/pub/GlobalReport/2008/jc1510\\_2008\\_global\\_report\\_pp29\\_62\\_es.pdf](http://data.unaids.org/pub/GlobalReport/2008/jc1510_2008_global_report_pp29_62_es.pdf) (Consulta: 2009, noviembre 27).
- ONUSIDA (2009). On this world AIDS day in (2008) 20 years after the first one/ Several milestones have been reached ONUSIDA. [Http://data.unaids.org/pub/PressRelease/2008/20081127\\_aids\\_outlook\\_en.pdf](http://data.unaids.org/pub/PressRelease/2008/20081127_aids_outlook_en.pdf) (Consulta: 2009, noviembre 27).
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2008). **Subsanan las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes de la salud.** Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Resumen Analítico del Informe Final. Disponible en [http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO\\_IER\\_CSDH\\_08.1\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_CSDH_08.1_spa.pdf) (Consulta: 2008, febrero 2).
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (2004). Una OPS para el siglo XXI Organización mundial de la salud. 45 Consejo Directivo. 56ª Sesión del Comité Regional Washington, DC., EE.UU.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1997). Encuesta de Salud Bucodental. Métodos Básicos. 4ta Edición. Ginebra.
- PEDREIRA, EN.; CARDOSO, CL.; BARROSO, EDO C.; SANTOS, JA.; FONSECA, FP.; TAVEIRA, LA. (2008). Epidemiological and oral manifestations of HIV-positive patients in a specialized service in Brazil. *Appl Oral Sci*. Vol. 16(6):369-75.
- SOLAR, O.; IRWIN, A. (2007). A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneva: WHO. Commission on Social Determinants of Health.
- TLADI, LS. (2006). Poverty and HIV/AIDS in South Africa: an empirical contribution. *Sahara J*. Vol. 3(1):369-81.
- WOJCICKI, JM. (2005). Socioeconomic status as a risk factor for HIV infection in women in East, Central and Southern Africa: a systematic review. *J Biosoc Sci*; Vol. 37(1):1-36.
- WOOD, E.; MONTANER, JS.; CHAN, K.; TYNDALL, MW.; SCHECHTER MT.; BANGSBERG, D. (2002). Socioeconomic status, access to triple therapy, and survival from HIV-disease since 1996. *AIDS*; 16(15):2065-72.
- WORLD MEDICAL ASSOCIATION DECLARATION OF HELSINKI (2004) Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects, WMA General Assembly, Tokio, October. <http://www.wma.net/e/policy/b3.htm>. (Consulta: 2008, Febrero 27).