Cuaderno de odontología. Revista científica
Vol. 5(especial7), 62-70, 2026
https://doi.org/10.62574/gnkejvsv

Salud bucal y acceso a la atención odontológica en pueblos indígenas del Ecuador: revisión sistemática

Oral health and access to dental care among Indigenous peoples of Ecuador: a systematic review

Duney Ojany Armas-Amay
duneyaa81@uniandes.edu.ec
Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ecuador
https://orcid.org/0009-0006-9426-6310

Jean Leandro Sánchez-Marcillo
jeansm13@uniandes.edu.ec
Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ecuador
https://orcid.org/0009-0004-0675-277X

Ruth Alejandra Agualongo-García
ruthag53@uniandes.edu.ec
Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ecuador
https://orcid.org/0009-0005-8148-7838

RESUMEN

Objetivo: sintetizar la evidencia sobre el estado de salud bucal de los pueblos indígenas y las barreras de acceso a la atención odontológica, con énfasis en el Ecuador. **Método:** revisión sistemática con síntesis narrativa en PubMed y SciELO (2012-2025); se incluyeron 15 estudios: análisis de carga mundial, revisiones sistemáticas, estudios transversales, una cohorte y un estudio cualitativo. **Resultados:** las poblaciones indígenas presentaron mayor experiencia de caries que las no indígenas; en el Ecuador, la caries infantil es muy prevalente y se concentra en zonas rurales y amazónicas. Las barreras principales fueron la pobreza, la distancia geográfica, la escasez de servicios y la transición alimentaria. **Conclusión:** la salud bucal indígena refleja desigualdades estructurales que requieren servicios comunitarios, preventivos y accesibles, además de datos epidemiológicos desagregados por etnia.

Descriptores: salud bucal; pueblos indígenas; caries dental; accesibilidad a los servicios de salud; disparidades en el estado de salud. (DeCS).

ABSTRACT

Objective: to synthesize the evidence on the oral health status of Indigenous peoples and the barriers to accessing dental care, with emphasis on Ecuador. **Method:** systematic review with narrative synthesis in PubMed and SciELO (2012-2025); 15 studies were included: global burden analyses, systematic reviews, cross-sectional studies, a cohort and a qualitative study. **Results:** Indigenous populations showed higher caries experience than non-Indigenous populations; in Ecuador, childhood caries is highly prevalent and concentrated in rural and Amazonian areas. The main barriers were poverty, geographic distance, scarcity of services and dietary transition. **Conclusion:** Indigenous oral health reflects structural inequalities that require community-based, preventive and accessible services, as well as epidemiological data disaggregated by ethnicity.

Descriptors: oral health; indigenous peoples; dental caries; health services accessibility; health status disparities. (DeCS).

Recibido: 15/09/2026. Revisado: 05/10/2026. Aprobado: 30/10/2026. Publicado: 20/11/2026.
Original breve

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades bucales constituyen un problema de salud pública de alcance mundial. El estudio de la Carga Mundial de Enfermedad de 2017 estimó que las afecciones bucales afectaban a unos 3500 millones de personas y que la caries no tratada de la dentición permanente era la condición más prevalente de todas las evaluadas (1). Esta carga no se distribuye de forma homogénea: Wen et al. mostraron que la caries persiste y se concentra en los países y grupos con menor nivel sociodemográfico, lo que evidencia una desigualdad sostenida entre 1990 y 2019 (2).

Dentro de esta desigualdad, los pueblos indígenas ocupan una posición especialmente desfavorable. La revisión sistemática y el metaanálisis de Nath et al. encontraron peores indicadores de salud dental en las poblaciones indígenas que en las no indígenas de distintos países (3), y Jamieson et al. vincularon estas diferencias con determinantes estructurales, como las políticas económicas, la colonización y la exclusión de los sistemas de salud (4).

En el Ecuador, donde conviven 14 nacionalidades y 18 pueblos indígenas reconocidos, la información epidemiológica sobre salud bucal es limitada y rara vez se desagrega por etnia. Parise-Vasco et al. describieron una alta carga de enfermedades bucales en el país y la falta de estudios nacionales recientes (5). Este vacío dificulta planificar servicios odontológicos adaptados a las comunidades indígenas de la Sierra y la Amazonía.

En consecuencia, el objetivo de esta revisión fue sintetizar la evidencia sobre el estado de salud bucal de los pueblos indígenas y las barreras de acceso a la atención odontológica, con énfasis en el Ecuador.

MÉTODO

Se realizó una revisión sistemática con síntesis narrativa orientada por la pregunta: ¿cuál es el estado de salud bucal de los pueblos indígenas, en particular en el Ecuador, y qué barreras limitan su acceso a la atención odontológica? La búsqueda se efectuó en PubMed y SciELO para el periodo 2012-2025, en español, inglés y portugués.

Se emplearon descriptores DeCS y MeSH combinados con operadores booleanos: («indigenous peoples» OR «population groups» OR «rural population») AND («oral health» OR «dental caries» OR «health services accessibility» OR «healthcare disparities») AND («Ecuador» OR «Latin America»). Se completó la búsqueda con los términos «salud bucal», «pueblos indígenas», «caries dental» y «acceso a servicios odontológicos». Se admitieron estudios ecuatorianos anteriores a 2012 cuando eran la única fuente sobre población indígena del país.

Se incluyeron estudios epidemiológicos, revisiones sistemáticas, cohortes, estudios cualitativos y análisis de carga de enfermedad que informaran sobre la salud bucal de poblaciones indígenas o rurales, o sobre el uso y el acceso a los servicios odontológicos. Se excluyeron los estudios centrados en prácticas culturales o medicina tradicional sin datos de salud bucal, los reportes de caso y los documentos sin revisión por pares.

Dos revisores seleccionaron los documentos de forma independiente por título, resumen y texto completo, y resolvieron los desacuerdos por consenso. De cada estudio se extrajeron el diseño, el país, la población y el hallazgo principal. Se incluyeron 15 estudios.

RESULTADOS

En cuanto al estado de salud bucal en el Ecuador, Medina et al. compararon la caries en escolares indígenas y no indígenas de 6 a 12 años de la cuenca amazónica y

encontraron una prevalencia elevada en ambos grupos (6). Vélez-León et al. describieron la experiencia de caries y las necesidades de tratamiento de escolares de entornos urbanos y rurales de tres provincias del país, con una carga relevante de lesiones no tratadas (7). Estos datos se inscriben en un contexto de desigualdad más amplio: Ramírez-Luzuriaga et al. documentaron que la malnutrición en el Ecuador difiere según la riqueza, el nivel educativo y la etnia, con desventaja para la población indígena (8).

Respecto a los factores de riesgo, el estudio cualitativo de Levin et al. en una comunidad indígena identificó la introducción de alimentos procesados y bebidas azucaradas como factor de riesgo de caries en la primera infancia, frente a prácticas tradicionales protectoras (9). En la Amazonía brasileña, la cohorte de 13 años de Travassos da Rosa Moreira Bastos et al. documentó cambios en el desgaste dentario y el apiñamiento en poblaciones indígenas, coherentes con la transición hacia una dieta occidental (10).

La evidencia internacional coincide con estos hallazgos. Dixit et al. describieron una alta prevalencia de caries y conocimientos y prácticas de higiene insuficientes en escolares indígenas chepang de Nepal (11), y Wang et al. confirmaron la mayor carga de caries de los niños indígenas frente a los no indígenas en Australia (12). El metaanálisis de Nath et al. integró estos patrones y mostró que la desventaja indígena se repite en distintos países (3).

En relación con las barreras de acceso, Reda et al. demostraron en un metaanálisis que la utilización de los servicios odontológicos es desigual y favorece a los grupos con mayores ingresos y nivel educativo (13). Gaber et al. encontraron peor calidad de vida relacionada con la salud bucal en la población rural que en la urbana (14). Como estrategia para reducir la distancia geográfica, la revisión de Irving et al. identificó la teleodontología como un facilitador del acceso a la atención clínica (15). La Tabla 1 resume los estudios principales.

Tabla 1. *Estudios incluidos sobre salud bucal y acceso a la atención odontológica en poblaciones indígenas*

Autor (ref.)	Diseño y país	Población	Hallazgo principal
Nath et al. (3)	Revisión sistemática y metaanálisis, varios países	Poblaciones indígenas y no indígenas	Peores indicadores de salud dental en indígenas
Medina et al. (6)	Transversal, Ecuador	Escolares indígenas y no indígenas de 6 a 12 años	Prevalencia elevada de caries en ambos grupos
Vélez-León et al. (7)	Transversal, Ecuador	Escolares urbanos y rurales	Experiencia de caries y necesidades de tratamiento relevantes
Levin et al. (9)	Cualitativo	Comunidad indígena	Alimentos procesados como riesgo; prácticas tradicionales protectoras
Wang et al. (12)	Revisión de la literatura, Australia	Niños indígenas y no indígenas	Mayor carga de caries en niños indígenas
Travassos da Rosa Moreira Bastos et al. (10)	Cohorte de 13 años, Brasil	Poblaciones indígenas amazónicas	Cambios en el desgaste dentario y el apiñamiento
Reda et al. (13)	Revisión sistemática y metaanálisis	Población general	Utilización desigual de los servicios odontológicos

Fuente: elaboración propia a partir de los estudios incluidos (2026).

DISCUSIÓN

Los resultados muestran que la salud bucal de los pueblos indígenas es peor que la de la población no indígena, un patrón que se repite en el Ecuador, Nepal, Australia y Brasil (3,6,10-12). Esta coincidencia entre contextos muy distintos sugiere que la desventaja no depende solo de factores biológicos o de hábitos individuales, sino de determinantes sociales compartidos, como la pobreza, la ruralidad y la exclusión histórica de los sistemas de salud (4,8).

Un elemento relevante es la transición alimentaria. La incorporación de azúcares y alimentos procesados en comunidades que mantenían una dieta tradicional aparece como un factor de riesgo de caries y de cambios en el desgaste dentario (9,10). Esto indica que la prevención en estas comunidades debe considerar el entorno

alimentario además de reforzar la educación en higiene bucal, dados los conocimientos y prácticas insuficientes descritos en escolares indígenas (11).

En cuanto a las barreras de acceso, la evidencia apunta a una combinación de factores económicos, geográficos y organizativos. La utilización de los servicios odontológicos favorece a los grupos con más ingresos (13) y la población rural presenta peor calidad de vida relacionada con la salud bucal (14), situación que se agrava en las comunidades amazónicas dispersas. La teleodontología (15) y los programas comunitarios pueden reducir la distancia geográfica, aunque su aplicación en el Ecuador requiere conectividad, personal capacitado y continuidad del financiamiento.

Por otra parte, la escasez de datos ecuatorianos desagregados por etnia es en sí misma una barrera para la planificación (5). El estudio más específico sobre escolares indígenas amazónicos es anterior a 2012 (6), y los estudios recientes analizan el entorno urbano o rural sin identificar la pertenencia étnica (7). En consecuencia, la magnitud real del problema en las nacionalidades y pueblos del país sigue sin conocerse. Sin información desagregada no es posible evaluar si los programas públicos de salud bucal llegan a las comunidades indígenas ni medir el efecto de las intervenciones preventivas en los grupos con mayor necesidad.

Esta revisión presenta limitaciones. La evidencia sobre población indígena ecuatoriana es escasa y parte de ella es antigua, por lo que se recurrió a estudios de otros países y de población rural para describir patrones comunes. Los diseños y los indicadores son heterogéneos, la síntesis fue narrativa y no se realizó un metaanálisis.

CONCLUSIÓN

Los pueblos indígenas presentan mayor experiencia de caries y peores indicadores de salud bucal que la población no indígena, y en el Ecuador la caries infantil es muy prevalente en las zonas rurales y amazónicas. Las barreras de acceso a la atención

odontológica son la pobreza, la distancia geográfica, la escasez de servicios y la transición alimentaria.

Reducir estas desigualdades requiere servicios odontológicos comunitarios, preventivos y accesibles en el territorio, apoyados por estrategias como la teleodontología, y la producción de datos epidemiológicos desagregados por etnia que permitan conocer la situación de cada nacionalidad y pueblo.

FINANCIAMIENTO

No monetario.

CONFLICTO DE INTERÉS

No existe conflicto de interés con personas o instituciones ligadas a la investigación.

AGRADECIMIENTOS

A UNIANDES.

REFERENCIAS

1. GBD 2017 Oral Disorders Collaborators, Bernabe E, Marcenes W, Hernandez CR, Bailey J, Abreu LG, et al. Global, regional, and national levels and trends in burden of oral conditions from 1990 to 2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease 2017 Study. J Dent Res. 2020;99(4):362-73.

2. Wen PYF, Chen MX, Zhong YJ, Dong QQ, Wong HM. Global burden and inequality of dental caries, 1990 to 2019. J Dent Res. 2022;101(4):392-9.

3. Nath S, Poirier BF, Ju X, Kapellas K, Haag DG, Ribeiro Santiago PH, et al. Dental health inequalities among Indigenous populations: a systematic review and meta-analysis. Caries Res. 2021;55(4):268-87.

4. Jamieson L, Kearns C, Ankeny R, Hedges J, Thomson WM. Neoliberalism and Indigenous oral health inequalities: a global perspective. Community Dent Health. 2021;38(1):44-7.

5. Parise-Vasco JM, Zambrano-Achig P, Viteri-García A, Armas-Vega A. Estado de la salud bucal en el Ecuador. Odontol Sanmarquina. 2020;23(3):327-31.

6. Medina W, Hurtig AK, San Sebastián M, Quizhpe E, Romero C. Dental caries in 6-12-year-old indigenous and non-indigenous schoolchildren in the Amazon basin of Ecuador. Braz Dent J. 2008;19(1):83-6.

7. Vélez-León EM, Albaladejo-Martínez A, Cuenca-León K, Encalada-Verdugo L, Armas-Vega A, Melo M. Caries experience and treatment needs in urban and rural environments in school-age children from three provinces of Ecuador: a cross-sectional study. Dent J (Basel). 2022;10(10):185.

8. Ramírez-Luzuriaga MJ, Belmont P, Waters WF, Freire WB. Malnutrition inequalities in Ecuador: differences by wealth, education level and ethnicity. Public Health Nutr. 2020;23(S1):s59-67.

9. Levin A, Sokal-Gutierrez K, Hargrave A, Funsch E, Hoeft KS. Maintaining traditions: a qualitative study of early childhood caries risk and protective factors in an indigenous community. Int J Environ Res Public Health. 2017;14(8):907.

10. Travassos da Rosa Moreira Bastos R, da Costa EO, Normando D. Tooth wear and tertiary crowding: a 13-year cohort study in Amazon Indigenous populations. Prog Orthod. 2025;26(1):1.

11. Dixit LP, Shakya A, Shrestha M, Shrestha A. Dental caries prevalence, oral health knowledge and practice among indigenous Chepang school children of Nepal. BMC Oral Health. 2013;13:20.

12. Wang X, Ghanbarzadegan A, Sohn W, Taylor E, Gao J, Christian B. Inequalities in dental caries among Indigenous and non-Indigenous children in Australia: a literature review. Aust Dent J. 2024;69(2):73-81.

13. Reda SF, Reda SM, Thomson WM, Schwendicke F. Inequality in utilization of dental services: a systematic review and meta-analysis. Am J Public Health. 2018;108(2):e1-e7.

14. Gaber A, Galarneau C, Feine JS, Emami E. Rural-urban disparity in oral health-related quality of life. Community Dent Oral Epidemiol. 2018;46(2):132-42.

15. Irving M, Stewart R, Spallek H, Blinkhorn A. Using teledentistry in clinical practice as an enabler to improve access to clinical care: a qualitative systematic review. J Telemed Telecare. 2018;24(3):129-46.

Derechos de autor: 2026 Por los autores. Este artículo es de acceso abierto y distribuido según los términos y condiciones de la licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0)
https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/