

Los determinantes sociales y su relación con la salud general y bucal de los adultos mayores

The social determinants and its relationship with the major adults

Rosa María Gonzalés Ramos, Gloria Hechavarría Puente, Niuris Mercedes Batista González, Anaid Cueto Salas

Facultad de Estomatología. La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción: para que la población de la llamada tercera edad goce de una adecuada calidad de vida, debe brindársele especial atención a los determinantes sociales de la salud.

Objetivo: identificar los determinantes sociales de la salud que influyen en el bienestar de los adultos mayores.

Métodos: se realizó una revisión bibliográfica. Los criterios de inclusión fueron: los determinantes sociales, los determinantes estructurales y no estructurales, el componente psicosocial, el envejecimiento poblacional, los principales afectaciones de la salud. La revisión se realizó a través de los buscadores de información y plataformas: SciELO, Hinari y Medline. El resultado de la búsqueda mostró un aproximado de 97 artículos que fueron filtrados; se utilizaron 27 publicaciones científicas, de ellas el 79,3 % de los últimos 5 años.

Análisis e integración de la información: en el entorno del adulto mayor, los determinantes sociales interactúan entre sí, y revisten vital importancia sobre el bienestar. La situación de salud mejora a medida que los ingresos y la jerarquía son más altos. Los servicios de salud están organizados de forma tal que satisfacen las necesidades odontológicas. El papel de la familia es crucial por el apoyo psicosocial que brinda.

Conclusiones: los determinantes sociales son de vital importancia en la salud de la población geriátrica, su dominio en el contexto de los servicios de salud y estomatológicos, son de gran utilidad para diseñar intervenciones intersectoriales que permitan transitar por la vejez con una mejor calidad.

Palabras clave: determinantes sociales de la salud; adulto mayor; salud bucodental.

ABSTRACT

Introduction: in order for the elderly population to have a good quality of life, special attention should be paid to social determinants of health.

Objective: identify the social determinants of health influencing the wellbeing of the elderly population.

Methods: a bibliographic review was conducted. The inclusion criteria were the following: social determinants, structural and nonstructural determinants, the psychosocial component, population aging, main health disorders. The review was based on search engines and platforms SciELO, Hinari and Medline. About 97 papers were filtered and 27 scientific journals processed, 79.3 % from the last five years.

Data analysis and integration: social determinants related to the elderly population interact with one another and are vitally important for their wellbeing. Health conditions improve when income and hierarchy are higher. Health services are organized in such a way as to meet the needs for dental care. The role of the family is crucial due to the psychosocial support they provide.

Conclusions: social determinants are paramount to the health of the elderly population, and very useful in the context of general and dental health care to design intersectoral interventions aimed at improving the quality of life of the elderly population.

Key words: social determinants of health; elderly person; oral and dental health.

INTRODUCCIÓN

La vejez, si no es un divino tesoro, resulta un preciado don que en la actualidad disfrutan más de 600 millones de personas mayores de 60 años en el planeta. El fenómeno no solo refleja las tasas más altas de población de la tercera edad en la historia de la humanidad, sino que la tendencia será al aumento de los ancianos, incluso, en las naciones subdesarrolladas.¹

Como fruto de la civilización se considera el envejecimiento de la población mundial, suceso acelerado, sobre todo en la segunda mitad del siglo xx, cuando la esperanza de vida de las personas llegó a alcanzar una cifra apenas soñada por la humanidad en los 5000 años de historia, siendo esta de 83 años.¹

Según los pronósticos de las Naciones Unidas, en el año 2020 habrá en el mundo más de mil millones de personas con 60 y más años de edad, y en este milenio, por primera vez en la historia de la humanidad, la población adulta mayor sobrepasará a los niños, y serán mayoría las mujeres.²

La edad media de la población en el 2030 será de 44,1 años y en el 2015, se estima que la población de 60 años y más en Cuba sea de 19,2 %. Todo esto refleja la magnitud de la situación que se avecina. Desde el punto de vista de la prolongación de la vida, en los últimos 60 años la población de América Latina ha ganado 21,6 años para ambos sexos. Actualmente Cuba ocupa el segundo lugar dentro de los países más envejecidos en esta región, donde su población mayor de 60 años representa el 17,8 % de la población total de la isla. Según los indicadores

demográficos publicados por la Oficina Nacional de Estadísticas, Cuba registraba al finalizar el año 2010 una población de 11 236 336 habitantes; la esperanza de vida al nacer para las mujeres se fijaba en los 80,02 años y para los hombres en 76 indicadores con comportamiento muy similar a los llamados países del primer mundo.³

La ancianidad no es una enfermedad, resulta un hecho indiscutible, características específicas del anciano que conllevan a una mayor morbilidad, pues casi todas las afecciones se hacen más frecuentes en la segunda mitad de la vida, además, en esta etapa adquieren una particular importancia los factores psicológicos y sociales, muy resaltados en los últimos tiempos en la concepción del proceso salud-enfermedad, pues existe una menor capacidad neuropsíquica para la adaptación al medio.

Para lograr que la población de la llamada tercera edad goce de una adecuada calidad de vida debe brindársele especial atención a los determinantes sociales de la salud que influyen sobre el estado de salud.

Los determinantes sociales son referidos como el conjunto de factores de índole social, económicos, políticos y de estilos de vida que influyen y determinan el nivel de salud de las poblaciones. Se definen como las condiciones sociales en las que las personas viven y trabajan, las características sociales dentro de las cuales la vida tiene lugar, apuntan a rasgos específicos del contexto social que afecta la salud y los mecanismos por los cuales las condiciones sociales se traducen en impactos en la salud.

La desigualdad general de los ingresos ha superado constantemente el crecimiento de los ingresos en la región, lo cual se refleja en los datos regionales recientes que muestran que, mientras que los ingresos han aumentado significativamente en un período de 30 años, la brecha entre los privilegiados y los desposeídos casi se ha triplicado. Por otro lado, las mujeres están sobre representadas en el sector laboral informal, en el cual los trabajadores se enfrentan con más riesgos ocupacionales y tienen una cobertura insuficiente de los mecanismos de protección social. La intensificación de las migraciones, el envejecimiento de la población y el aumento de enfermedades no transmisibles son las tendencias más importantes que configuran la salud en las Américas. En efecto, estos y muchos otros determinantes de la salud están exacerbando aun más las inequidades en la salud en los países y entre ellos.⁴

En el caso cubano, se ha comprobado que en las últimas décadas, y especialmente durante los años 90 del pasado siglo xx, los indicadores de salud, tanto general como bucal, de la población han estado asociados con factores como la voluntad política de fomentar la salud y el desarrollo humano; la intersectorialidad a todos los niveles, controlada por el gobierno y liderada, técnicamente, por el sector salud; la existencia de redes que propician la inserción, participación y cohesión social como eje de transformación del desarrollo humano en social; la responsabilidad que sobre la salud asumen el individuo, el sector y el Estado, en ese orden; el desarrollo continuo del sistema y los servicios de salud así como la formación de capital humano y social; los niveles de cobertura-oportunidad, de utilización, resolutivez y satisfacción con los servicios de salud en cada espacio, entre otros.⁵

El envejecimiento poblacional presupone retos para la Salud Pública. Es un fenómeno mundial y un problema de salud. El sector salud será uno de los que deberá tomar un conjunto importante de acciones para ofrecer una atención y servicios de salud que garanticen una mayor y mejor calidad de vida a los ancianos, que propicien su participación integral en la sociedad. La presente revisión tiene como objetivo primordial el brindarle a los decisores en salud pública y personal

que labora en la atención primaria de salud una actualización sobre aspectos conceptuales y su utilidad, todos los esfuerzos deberán centrarse en el logro de este objetivo, que no solo constituye una meta en el ámbito sectorial sino también nacional. De ahí la importancia de trabajar en el mejoramiento de los determinantes sociales de la salud; motivados con lo expuesto se realizó esta investigación con el objetivo de identificar los determinantes sociales de salud que influyen sobre el bienestar de los adultos mayores de la población geriátrica.

MÉTODOS

Se realizó una revisión bibliográfica de octubre de 2014 a mayo del 2015, sobre los determinantes sociales de la salud y su repercusión en el estado de salud de la población.

Los criterios de inclusión en la búsqueda fueron: los determinantes sociales, los determinantes estructurales y no estructurales, envejecimiento poblacional, principales cambios en la cavidad bucal de la población geriátrica.

Esta revisión se realizó a través de los buscadores de información y plataformas: SciELO, Hinari y Medline. Se revisaron artículos de revistas de impacto relacionados con el tema y trabajos presentados en la Convención Internacional de Salud, entre otros. El resultado de la búsqueda mostró un aproximado de 97 artículos que fueron filtrados por la autora con el propósito de conservar solo los que trataron las temáticas específicas y de mayor actualización bibliográfica. De esta manera el estudio se circunscribió a 27 publicaciones científicas; de ellas, el 79,3 % de los artículos correspondió a los últimos 5 años.

Los descriptores empleados fueron: "determinantes sociales", "determinantes de la salud", "salud bucal del adulto mayor", la combinación entre ellos y sus contrapartes en español. Los idiomas de los artículos revisados estuvieron representados por el inglés y el español.

ANÁLISIS E INTEGRACIÓN DE LA INFORMACIÓN

El enfoque de salud de la población tiene su origen en 1989 cuando *Evans*, citado por *Álvarez Pérez* y otros⁵ propuso un marco conceptual para reflexionar sobre los determinantes de la salud y sus vínculos, aportando un marco conceptual que propició un mejor entendimiento de las complejidades de la salud y un punto de partida para la determinación de políticas, la investigación y la evaluación de prioridades basados en el paradigma de salud de la población. *Virchow*, reconocido salubrista, quien fuera uno de los fundadores de la salud pública moderna, analizó y estableció la determinación social de la enfermedad y su relación con la política.⁵⁻⁷

La importancia de los determinantes sociales de la salud (DSS) ha sido señalada por un sinnúmero de autoridades sanitarias como es el caso de la Organización Mundial de la Salud (OMS), es expresada no solo en términos técnicos sino también en términos políticos a la hora de abordar las concepciones en el difícil proceso salud-enfermedad; los DDS desde la conclusión de la Segunda Guerra Mundial supusieron un doble descubrimiento de las desigualdades sociales y de su impacto en el referido proceso.⁸

En 1946, en la constitución de la OMS se reflejó lo más avanzado del pensamiento médico social que estuvo muy presente en la definición de la salud como "un estado de pleno bienestar físico-mental y social y no solo la ausencia de enfermedad" así como un derecho fundamental de los individuos (antecediéndose incluso en ese aspecto a la Declaración Universal de los Derechos Humanos). También se hizo explícito dentro de las funciones de la OMS la colaboración con los estados miembros y los organismos especializados apropiados "para promover el mejoramiento de la nutrición, la habitación, el saneamiento, la recreación, las condiciones económicas y de trabajo y otros aspectos de la higiene del medio".⁹⁻¹¹

En la segunda mitad del siglo pasado la Conferencia Internacional de Alma Ata en 1978 (OMS, 1978) consideró también como uno de los pilares básicos de la estrategia de la Atención Primaria de la Salud a los DSS declarando: "La necesidad de una estrategia integral de salud que no solo preste servicios de salud sino que también aborde las causas sociales, económicas y políticas subyacentes de la mala salud".¹¹

Actualmente la OMS define los determinantes sociales de la salud como "el conjunto de las condiciones sociales en las cuales el individuo nace, crece, y envejece afectando su salud". Estos se han mantenido como el elemento central de la ideología y vida cotidiana de la humanidad en algunas poblaciones, por ejemplo, entre los inmigrantes. En ellos, la salud es concebida holísticamente con la tierra, la naturaleza y la vida social y espiritual.⁴

La Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud, conformada por 20 expertos y presidida por el epidemiólogo británico Marmot, propuso un modelo conceptual para abordar los mismos; este incorpora dos grandes rubros para su análisis: por una parte están los determinantes estructurales de la salud y por otra, los determinantes intermedios de la salud.^{9,11}

En el primer grupo aparece el contexto socioeconómico y político, el cual se refiere a factores estructurales del sistema social que afectan de forma significativa a la estructura social, incluyendo aspectos como el gobierno, en su más amplio contenido; las políticas macroeconómicas; también las políticas sociales que afectan al mercado de trabajo, bienestar económico; la distribución de la tierra y la vivienda; además de las políticas públicas sobre educación y atención sanitaria, y los valores sociales y culturales, entre ellos, el valor que la salud y sus servicios tienen para la sociedad. No menos importante son los ejes de desigualdad de la estructura social, pues determinan las oportunidades de tener acceso a los recursos de salud. En este punto son varios los estudios que han demostrado el rol del género como un determinante más.¹¹

Entre los determinantes intermedios de la salud, se describen condiciones materiales como la vivienda, el nivel de ingresos, las condiciones de trabajo o el barrio de residencia. También las circunstancias psicosociales, como la falta de apoyo social y las situaciones de estrés. Dentro de los factores conductuales y biológicos, se mencionan el modo y estilo de vida.¹¹

Estos elementos descritos son fundamentales para que el estomatólogo general integral, maestrantes en odontogeriatría y todo profesional de la salud pública cubana deba pronunciarse y actuar intersectorialmente para ser modificados en busca de mejor calidad de vida de la población anciana.

En Cuba, investigadores del Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología elaboraron una propuesta, posteriormente validada, que retoma una parte importante de estos componentes y los aplica al contexto cubano. De acuerdo

con las evidencias obtenidas como parte de los estudios desarrollados con investigadores belgas y canadienses, consideran un grupo de elementos que han sido divididos en dos grandes campos, uno definido como los determinantes relacionados con factores médicos y factores no médicos.⁶

Los factores determinantes médicos son aquellos que se encuentran asociados con los servicios de salud y/o atención médica (promoción, prevención, curación y rehabilitación) que determinan la salud de individuos y comunidades. Las políticas y/o intervenciones dirigidas a influir sobre estos factores se centran en los servicios de salud y su reorganización en función de este objetivo. Algunos de ellos son las características biológicas y genéticas, los servicios y recursos humanos en salud y su acceso universal, y sin distinción, en particular a aquellos diseñados para mantener y promover la salud, prevenir enfermedades y restituir la salud. Garantizar la disponibilidad de capital humano en cantidad y calidad contribuye de manera decisiva, a la salud de la población.⁶ Aspectos estos que han sido incluidos en la política de Cuba.

Los factores determinantes no médicos son aquellos que no se encuentran asociados con los servicios de salud ya mencionados; más bien son factores sociales que determinan la salud de individuos y comunidades. Las políticas públicas saludables y/o intervenciones dirigidas a influir sobre estos factores tienen su esencia en una acción intersectorial controlada por el Estado y liderada por el sector salud en función de este objetivo. Los factores contemplados incluyen los ingresos, individual y familiar; la vivienda, la seguridad alimentaria, la vinculación a redes de apoyo social, el nivel educacional, el empleo y las condiciones de trabajo; las adicciones, como el alcohol, tabaco y las drogas; la igualdad de género y el acceso a la cultura, entre otros.^{6,9-12}

Es una decisión en Cuba del Gobierno y del ministerio de salud la existencia de los programas de salud en que se prioriza la atención al adulto mayor con un programa independiente que da salida a una serie de acciones tanto del sector salud como de otros en busca de minimizar las condiciones sociales que puedan afectar la salud, se organizan los servicios de salud y otros en función de mejorar la accesibilidad, la cobertura de estos y buscar la solución más viable a los problemas de salud tanto general como bucales. Los indicadores de esperanza de vida al nacer, causas de morbilidad y mortalidad son comparables con países desarrollados y ocurren uniformemente en el territorio, no obstante sabemos que de forma individual, en las familias los determinantes sociales influyen sobre la salud.

La situación de Cuba pese a ser un país subdesarrollado y bloqueado no coincide con estudios realizados en otros países por la comisión que estudia los determinantes sociales. En artículos revisados se expresa cómo la expectativa de vida al nacer en Sierra Leona es de menos de 40 años y en Japón es de 81,9 años. Más del 90 % de las defunciones y traumatismos ocurridos por accidentes de tránsito ocurren en países de ingresos bajos y medianos, donde circulan solo el 48 % de los vehículos matriculados.¹³ En un estudio realizado en la ciudad escocesa de Glasgow, se comprobó que la esperanza de vida de los hombres en la zona más pobre de la ciudad es de 54 años y en la parte más rica, a apenas 12 km de distancia, es de 82 años siendo la causa las enfermedades no trasmisibles; si se compara el nivel de ingreso mensuales, por ejemplo, en Australia hay una diferencia de 20 años de expectativa de vida entre los aborígenes y la población en general, que reciben un ingreso económico diferente.¹³⁻¹⁶

La población creciente de ancianos representa una situación biosocial nueva en la historia de la especie humana y requiere de un profundo conocimiento del proceso de envejecimiento, de su variabilidad en diferentes circunstancias ambientales, de

la singularidad del envejecimiento en hombres y mujeres, del control genético del proceso y de la influencia de los estilos de vida para lograr vivir más años con buena salud.¹⁷

En el entorno del adulto mayor, todos estos factores interactúan entre sí, y revisten vital importancia los determinantes sociales de la salud. Las condiciones socioculturales generan el modo de vida, el cual es concebido como una categoría que incluye los fundamentos económicos y la vida espiritual de una comunidad determinada, expresada a través del conjunto de actividades vitales que realizan los hombres en sus distintos niveles de interacción social.

La situación de salud mejora a medida que los ingresos y la jerarquía son más altos, ingresos altos permiten mejores condiciones de vida: vivienda, alimentos suficientes. Las poblaciones más sanas se encuentran en las sociedades más prósperas y con distribución equitativa de la riqueza. Igualmente, el papel de la familia es crucial en la tercera edad. Además, los principales consumidores de servicios sanitarios son los que menos acuden a los servicios odontológicos, a pesar de ser los que presentan un mayor cúmulo de enfermedades.¹⁸

Las determinante sociales pueden influir en los cambios o pérdida de la salud bucal de los gerontes; está bien argumentado que las estructuras bucales sufren cambios propios del envejecimiento, pero la pérdida parcial o total de los dientes no son propios de la edad, sino un indicativo de mal estado de salud bucal del paciente a lo largo del tiempo, la presencia de enfermedades bucales como la caries, en especial la radicular, la enfermedad periodontal y el cáncer bucal.

La salud bucal de las poblaciones debiera ser una prioridad de los estados, gobiernos, sectores de la sociedad, la economía y de la propia población en los diferentes contextos; pero la realidad es que este aspecto de la salud continúa relegado en muchos ámbitos donde se considera principalmente un asunto estético-cosmético, ajeno a la salud pública y por consiguiente, se hayan marginado de las políticas públicas orientadas a la protección de la salud. Se manifiestan débiles, desintegradas y efímeras las acciones destinadas a su desarrollo integral en cuanto a promoción y participación social. Se compromete así, la incorporación de la salud bucal al enfoque de "Salud en todas las políticas," basado principalmente en los derechos humanos y la justicia social, según Declaración de Helsinki.¹⁸

Los cambios en la cavidad bucal del adulto mayor están en los dientes que adquieren un color amarillento, que se vuelven más frágiles o quebradizos y menos permeables; clínicamente se observan en la apariencia de las coronas dentarias, se relacionan, básicamente, con el proceso de atrición y con el de abrasión del esmalte dentario.^{15,18}

El ligamento periodontal se ensancha en los ancianos, posiblemente debido a una inflamación crónica del ligamento. Es importante recordar que el músculo masetero llega a comprimir los alimentos con una fuerza de 200 kg/cm², y la pérdida de los dientes desequilibra la distribución de las fuerzas de compresión a lo largo de los tejidos de soporte y provocan trastornos en los dientes restantes. El exceso y desequilibrio de las fuerzas oclusales también provoca que el cemento radicular muchas veces aumente de volumen en la zona apical del diente, ya sea en forma benigna o un estado neoplásico del cemento dental. El tono muscular bucofacial se ve disminuido en la mayoría de los ancianos. Tal vez este sea el motivo que produce un escurrimiento de saliva, generalmente, se confunde con hipersalivación, antes considerada erróneamente parte normal del envejecimiento.^{19,20}

La fascies, característica de muchos ancianos, se producen por la pérdida de los dientes, pues estos tienen un importante componente morfológico y estético. Las glándulas salivales pierden cerca de un 30 % del parénquima, sin embargo, no hay una pérdida en la cantidad de saliva producida. La articulación temporomandibular presenta en muchos casos un aplanamiento del cóndilo mandibular, sin embargo, en algunos pacientes se presenta una afección dolorosa de origen articular y en muchos otros no. Una de las principales afecciones del anciano y la primera causa de pérdida de dientes es la caries dental. De ellas, las de mayor prevalencia: la caries aguda radicular, seguida de la corona, se llama así por la distribución anatómica con respecto al diente.^{20,21} Esto se observa principalmente en ancianos que no han seguido un régimen alimenticio adecuado desde la composición de la dieta como la consistencia de su elaboración, unido a otros factores como la mala higiene bucal y la asistencia al estomatólogo solo ante presencias de eventos que causan dolor, resumiendo a la presencia de estilos de vida inadecuados.

El envejecimiento poblacional puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública y el desarrollo socioeconómico, pero también constituye un reto para la economía, pues se está en presencia de un nuevo actor en el sistema que genera nuevas necesidades, nuevas demandas de salud, incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles, nuevos servicios como los de rehabilitación y más gastos de salud al sistema.²²

La integración del conocimiento complejo y concatenación de fenómenos sociales que se definen en la familia, su concepción materialista dialéctica, contribución del pensamiento epidemiológico y psicología relacional del grupo familiar, permiten la visión de aspectos condicionantes de la salud, asumiendo una concepción holística e integradora de lo biológico, social, ambiental y psicológico en lo referente a la salud de la familia. La vinculación a redes sociales es de vital importancia. Se ha visto que adultos mayores sin soporte familiar o con una pared sociofamiliar inadecuada, tienen mayor mortalidad, depresión, alteraciones cognitivas y una percepción de un peor estado de salud que aquellos que sí lo tienen.²³

Una vez más, ya en el referente bucal, el modo y estilo de vida se consideran también factores de riesgo en la aparición clínica de las enfermedades bucodentales, o bien pueden modificar el curso de estas. Dentro de este grupo se incluyen la ingestión de alimentos muy calientes, de consistencia blanda, poco estimuladores de la masticación; la higiene bucal deficiente, los hábitos tóxicos como el consumo de alcohol y el tabaquismo, entre otros. Los hábitos dietéticos modernos han sido reiteradamente relacionados con varias afecciones del organismo, entre estas, las bucales, todas determinadas socialmente, de ahí la importancia que tiene el abordar estas en el análisis del proceso salud-enfermedad en el adulto mayor.

Experiencia de otros países de América Latina que han tenido éxito al abordar los problemas de los determinantes sociales de la salud, la cobertura universal y el desarrollo sostenible explican las causas fundamentales de las inequidades en Salud; y la ejecución de medidas sobre los determinantes sociales (integración en todas las políticas).²⁴

La desigualdad en el acceso a los servicios sanitarios, conjuntamente con las diferencias de las condiciones de vida, tienen un impacto en la expectativa de vida de hasta 20 años entre diferentes regiones y grupos poblacionales en los países ricos, incluyendo sus metrópolis: Londres, Berlín, Washington y otros. La desigualdad crece con el aumento cada vez mayor de los costos. Las diferencias radican en las diferentes condiciones socioeconómicas, las cuales a su vez dependen del sistema político, social y económico. En la gran mayoría de los países,

la sanidad está sujeta a un mercado que hace crecer los costos en lugar de controlarlos. El neoliberalismo económico extremo en EE. UU. resulta en gastos sanitarios extremos (y resultados mediocres). El Reino Unido con su sistema estatal de salud, el *National Health Service* (NHS), emerge con una tercera parte de los gastos sanitarios por año en relación con los EE. UU. (y resultados mejores). La eficiencia de los sistemas de salud varía en un rango muy grande, que es dependiente de la influencia del mercado, de la existencia de regulaciones estatales y del concepto básico de la medicina.²⁵

Empoderar las personas y las comunidades para mejorar su estado de salud y su bienestar, mejorar el acceso a los servicios sanitarios y sociales; reducir las desigualdades y minimizar las consecuencias negativas para la salud de la pobreza relativa (lo que significa que se considera a todos los sectores de la población); incrementar las oportunidades de las personas de acceder a los beneficios potenciales del trabajo y otras formas de actividad para una vida plena; desarrollar y promover lugar saludable para todos, en hogares, barrios y la ciudad en su conjunto.²⁶

Disponer del mejor estado de salud, se concibe como un derecho humano básico que implica la equidad y la participación de la comunidad y los individuos. La salud se percibe como un bien o un requisito, un recurso básico para la vida, el bienestar y el progreso, tanto a nivel individual como a nivel colectivo. A medida que las sociedades progresan valoran más su nivel de salud y la consideran como una inversión esencial para el futuro. Una población sana es un prerrequisito para la creatividad, la productividad, la capacidad relacional de las personas, la competitividad y el desarrollo social y económico.²⁷

Para Cuba el objetivo central ha sido y es la construcción de una sociedad sustentada en los principios de igualdad de oportunidades para todos y justicia social, donde las acciones de las políticas económicas y sociales han buscado asegurar el bienestar social, con la garantía del empleo, en la distribución de los recursos y la satisfacción de las necesidades básicas de la población mediante servicios como la educación, la salud y la seguridad social, todo lo cual ha producido repercusiones profundas en los patrones demográficos del país los que, sin duda, harán sentir sus efectos en los escenarios futuros del país, dada la interrelación existente entre los procesos demográficos, económicos y sociales.

CONSIDERACIONES FINALES

El análisis e interpretación de los determinantes sociales son de vital importancia en la mejora de la salud de la población geriátrica, por lo que su dominio en el contexto de los servicios de salud y estomatológicos, nos será de gran utilidad para el diseño de intervenciones intersectoriales que permitan transitar por la vejez con una elevada calidad.

CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Camps Calzadilla E, Gámez Fonseca M, Borroto M, Prado Martínez C. Evaluación nutricional de los centenarios cubanos y su relación con biomarcadores del envejecimiento. Rev Cubana Invest Bioméd [revista en la Internet]. 2013 Mar [citado 2016 Ene 30];32(1):57-64. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002013000100005&lng=es
2. Laplace Pérez Beatriz de las N, Legrá Matos SM, Fernández Laplace J, Quiñones Márquez D, Piña Suárez L, Castellanos Almestoy L. Enfermedades bucales en el adulto mayor. CCM [revista en la Internet]. 2013 Dic [citado 2016 Ene 30];17(4):477-488. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812013000400008&lng=es
3. Oficina Nacional de Estadísticas. Anuario demográfico de Cuba 2013 [Internet]. [citado 20 Ene 2015]. Disponible en: <http://www.one.cu/anuariodemografico2013.htm>
4. Etienne CF. Los determinantes sociales de la salud en las Américas. [Reflexiones de la Directora]. Rev Panam Salud Publica 2013;34(6):377.
5. Álvarez Pérez AG, García Fariñas A, Rodríguez Salva A, Bonet Gorbea M, de Vos P, Van Der Stuyft P. Los estudios organizacionales en el abordaje de los determinantes de la salud. Rev Cubana Hig Epidemiol [Internet]. 2009 [citado 14 Ene 2015];47(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032009000100006&lng=es&nrm=iso
6. Cecchini S, Veras-Soares F. Conditional cash transfers and health in Latin America. Lancet. 2014 [citado 2016 Ene 30]. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61279-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61279-4)
7. Álvarez Pérez AG, Luis González IP, Rodríguez Salvia AJ, Bonet Gorbea MH, Alegret Rodríguez M, Romero Placeres M, et al. Actualización conceptual sobre los determinantes de la salud desde la perspectiva cubana. Rev Cubana Hig Epidemiol [Internet]. 2010 [citado 14 Ene 2015];48(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032010000200010&lng=es&nrm=iso
8. World Health Organization. The Helsinki statement on health in all policies. The 8th Global Conference on Health Promotion [Internet]. 2013 Jun 10-14 [citado 2015 May 14]. Disponible en: http://www.healthpromotion2013.org/images/8_GCHP_Helsinki_Statement.pdf
9. Delgado Acosta H, Alonso Padrón E, Rodríguez Fernández L, Pedraza Alejo D, Álvarez Pérez A, Pérez Álvarez A. Estudio de determinantes sociales y estado de salud de la población. Rev Finlay [Internet]. 2013 [citado 14 Ene 2015];3(4). Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/214>
10. Padovani Clemente S, Pazos San Martín E, Padovani Cantón AM, Ruano Ortega M. Determinantes sociales de la salud y sistema de gestión de la calidad en servicios estomatológicos. Rev Hab Cienc Med [Internet]. 2014 [citado 14 Ene 2015];13(5):757-68. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2014000500013&lng=es&nrm=iso

11. Pérez Estévez E, Pavón Lemes Y, Álvarez Caraballo L. Determinantes sociales de la salud y su pertinencia en el trabajo del Médico y la Enfermera de la Familia. REMIJ [Internet]. 2013 [citado 2012 Jun 28];14(2). Disponible en: <http://remij.sld.cu/index.php/remij/article/view/80/170>
12. Labori Ruiz José R, Cosme Casulo J, Perrand Robert MV, Valenzuela Rodriguez CR, Mora García G. La Economía y su relación con la salud de la población cubana. MEDISAN [Internet]. 2014 Abr [citado 2015 Ene 21];18(4):504-508. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol18_4_14/san06414.pdf
13. World Health Organization. Health in all policies framework for country action [Internet]. 2014 [citado 2015 Mayo 14]. Disponible en: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/14_0120HPRHiAPFramework.pdf?ua=1
14. Censi E. Determinantes sociales que inciden en la salud bucal de la población económicamente activa. Reunión conjunta. III Foro Provincial de Investigación para la Salud, XII Jornada de Investigación de la Facultad de Ciencias Médicas-Jornada de Investigación del Hospital Universitario-UNCuyo [Internet]. Argentina: Ministerio de Salud; 2012 [citado 26 Dic 2014]. Disponible en: <http://www.fcm.uncu.edu.ar/jornadas2012/index.php/articulos/view/103>
15. Sánchez-Ruiz F. Asociación de hábitos alimentarios y estado nutricional con el nivel socioeconómico en adultos mayores que asisten a un Programa Municipal. An Fac Med [Internet]. 2014 Abr [citado 9 Mar 2011];75(2). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832014000200003&lng=es&nrm=iso
16. Vieira-Andrade RG, Zuquim Guimarães F de F, Vieira Charles da S, Teixeira Carvalho FS, Ramos-Jorge ML, Fernandez A. Oral mucosa alterations in a socioeconomically deprived region: prevalence and associated factors. Braz Oral Res [Internet]. 2011 Oct [citado 2015 Nov 30];25(5):393-400. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-83242011000500004&lng=en
17. Gispert Abreu E, Bécquer Águila JL. Salud bucal poblacional, una prioridad en todas las políticas. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2015 Sep [citado 2015 Nov 30];52(3):231-4. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072015000300001&lng=es
18. Cruz HI, Rubio RG, Torres LM. Enfermedad periodontal inmunoinflamatoria crónica. Municipio Fomento. 2010. Gaceta Médica Espirituana [Internet]. 2013 [citado 2015 Nov 30];15(1):1-5. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.15.%281%29_05/p5.html
19. Ramírez-Coronel M. La caries, problema ignorado de salud pública. El Economista [Internet] 2013. [citado 2015 Nov 30]. Disponible en: <http://eleconomista.com.mx/columnas/salud-negocios/2013/11/19/caries-problema-ignorado-salud-publica>
20. Criado M. Consideraciones Periodontales del paciente Adulto Mayor. Parte II. Acta Odontológica Venezuela [Internet]. 2013 [citado 2015 marzo 20];51(3). Disponible en: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2013/2/art17.asp>

21. Bécquer Águila JL, Velarde Almenares M. Organización de la Atención Gerodontológica. Libro Estomatología General Integral. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2014. p. 368-9.
22. Cid Rodríguez MC, Montes de Oca Ramos R, Hernandez Díaz O. La familia en el cuidado de la salud. Rev Méd Electrón [Internet]. 2014 Jul-Ago [citado 29 Dic 2014];36(4). Disponible en:
<http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202014/vol4%202014/tema08.htm>
23. Hernández Romero Y, Pérez Cernuda C, Pérez Díaz R, Saavedra de la Cruz A, Tápanes Domínguez A, Legón Pérez T. Cambios en la Percepción del Funcionamiento Familiar de Adultos Mayores de Casa de Abuelos del Cotorro. Rev Hab Cienc Med. [Internet]. 2012 [citado 1 oct 2014];4(3). Disponible en:
<http://www.revhabanera.sld.cu/rev1-2012/hph03112.html>
24. Atun R, De Andrade M, Braga J. Health-system reform and universal health coverage in Latin America. Lancet. 2014 [citado 1 oct 2014]. Disponible en:
[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61646-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61646-9)
25. Thielmann K, Illnait Ferrer J, Clark Arxer II. Determinantes individuales y sociales de la salud. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2013 June [cited 2016 Feb 04];39(2):314-322. Disponible en:
http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000200011&lng=en
26. Sosa Lorenzo I, Lefèvre P, Guerra Chang M, Ferrer Ferrer L, Rodríguez Salvá A, Herrera Travieso D, et al. Empoderamiento comunitario en salud en tres municipios cubanos. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2013 Abr-jun [citado 9 mar 2011];29(2). Disponible en:
http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol29_2_13/mgi09213.htm
27. Rojas Ochoa F. Determinantes sociales de la salud y la acción política. Rev Hum Med [Internet]. 2013 Ago [citado 2015 Nov 30];13(2):279-91. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202013000200001&lng=es

Recibido: 10 de febrero de 2016.

Aprobado: 22 de enero de 2017.

Rosa María Gonzalés Ramos. Facultad de Estomatología. La Habana, Cuba.
Correo electrónico: rosam.glez@infomed.sld.cu