South American Publishing

SAP Dentistry. 2024; 2:99
doi: 10.62486/dent202499

ORIGINAL

Social determinants and oral health conditions in the elderly

Determinantes sociales y condiciones de salud bucal de adultos mayores

Rosa María Montano-Silva[1], Yoneisy Abraham-Millán[1], Aliana Peña-Méndez[1], Annia Laffita-Acanda[1], Bárbara Zenaida Pérez-Pérez[1], Jennifer de la Caridad Romero-Amaro[1]

[1]Facultad de Ciencias Médicas Isla de la Juventud. Isla de la Juventud, Cuba.€

Cite as
Montano-Silva RM, Abraham-Millán Y, Peña-Méndez A, Laffita-Acanda A, Pérez-Pérez BZ, Romero-Amaro J de la C. Social determinants and oral health conditions in the elderly. SAP Dentistry. 2024; 2:99. https://doi.org/10.62486/dent202499

Publication History
Submitted: 10-11-2023
Revised: 01-03-2024
Accepted: 03-11-2024
Published: 04-11-2024

Corresponding Author
Yoneisy Abraham-Millán

ABSTRACT

Introduction: in older adults, the social determinants of health directly influence the health-disease process; oral health is no exception.
Objective: determine the behavior of social determinants and oral health conditions in older adults.
Method: a descriptive cross-sectional study was carried out on 221 individuals aged 60 years and over from office 19, La Demajagua, in June 2024. Questioning and clinical examination of the oral cavity were used, with prior informed consent of the participants and caregivers. The variables studied were: age, sex, occupation, economic well-being, family functioning, housing conditions, eating habits and oral health conditions.
Results: the most represented age group was 60 to 74 years old with 72,8 %, with a predominance of males. Only 32,6 % of older adults worked and 11,8 % had good oral health conditions. 56,1 % of those examined reported not having economic well-being, and 73,8 % presented a regular oral health condition. Dysfunctional families predominated in 56,6 %, 46,2 % living in homes with regular conditions and 58,8 % with inadequate eating habits.
Conclusions: the unfavorable behavior of the analyzed determinants reveals their negative influence on the oral health condition of older adults.

Keywords: Social Determinants; Senior Adult; Oral Health Conditions.

RESUMEN

Introducción: en el adulto mayor las determinantes sociales de la salud influyen de forma directa en el proceso salud-enfermedad, la salud bucodental no escapa de ello.
Objetivo: determinar el comportamiento de las determinantes sociales y condiciones de salud bucal en adultos mayores.
Método: se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en 221 individuos de 60 años y más del consultorio 19, La Demajagua, en junio de 2024. Se utilizó el interrogatorio y el examen clínico de la cavidad bucal, previo consentimiento informado de los participantes y cuidadores. Las variables estudiadas fueron: edad, sexo, ocupación, bienestar económico, funcionamiento familiar, condiciones de la vivienda, hábitos alimentarios y condiciones de salud bucal.
Resultados: el grupo de edad más representado fue el de 60 a 74 años con el 72,8 %, con predominio del sexo masculino. Solo el 32,6 % de los adultos mayores trabajaban y el 11,8 % tenían buenas condiciones de salud bucal. El 56,1 % de los examinados refirieron no tener bienestar económico, y el 73,8 % presentó una condición regular de salud bucal. Predominaron las familias disfuncionales en el 56,6 %, el 46,2 % habitando en viviendas con condiciones regulares y el 58,8 % con hábitos alimentarios inadecuados.
Conclusiones: el comportamiento desfavorable de las determinantes analizadas pone de manifiesto su influencia negativa sobre la condición de salud bucal de los adultos mayores.

Palabras clave: Determinantes Sociales; Adulto Mayor; Condiciones de Salud Bucodental.

© 2024; The Authors. This Open access article is distributed under the Creative Commons Attribution 4.0 license (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas se han generado importantes cambios en la percepción y explicación de las causas de los problemas de salud,[1,2] por lo que el análisis de la relación entre las estructuras socioeconómicas de la población y el proceso de obtención de salud, bienestar y calidad no es nuevo.[3]

El enfoque de los determinantes sociales de la salud (DSS) surgió como un nuevo paradigma en el abordaje de las inequidades en salud[4,5,6] mediante la explicación de los factores que establecen la condición de salud de las personas, pues son a menudo las fuentes fundamentales de los problemas en la salud, de igual forma, de la mayor parte de la carga mundial de las mismas;[2,3,7] así como también el análisis de la influencia de la promoción de salud acompañada de cambios comportamentales que puedan modificar el impacto de los factores ambientales, sociales y económicos.

Los modelos biomédicos de atención de la salud disminuyen las consecuencias adversas de las enfermedades, pero no son suficientes para mejorar efectivamente la condición de salud a nivel individual y general. Lo anterior implica aceptar que la atención médica no es el principal condicionante de la salud de las personas, sino que está determinada en gran parte por los factores sociales en los cuales se vive y trabaja.[8,9]

Los DSS son especialmente importantes en los países de América Latina, que se caracterizan por disparidades socioeconómicas e inequidades en salud.[10,11] En la actualidad, el complejo panorama económico y político internacional ha dejado en evidencia el deficiente estado de los sistemas de salud en muchos países del mundo.[12] La región latinoamericana constituye un claro exponente de esa situación, a pesar de implementar políticas desarrollistas enfocadas al crecimiento económico sostenido a fin de obtener bienestar e incremento en la calidad de vida de las personas.

En septiembre de 1978 se llevó a cabo el Congreso Internacional de Atención Primaria en Salud en Alma Ata con el objetivo de generar cambios en el abordaje de la salud para dar apertura a una visión más social e inclusiva,[13] teniendo su origen en ese momento el enfoque de salud cuando Evans, citado por Álvarez Pérez y otros,[14] propuso un marco conceptual para reflexionar sobre los determinantes de la salud y sus vínculos, con el aporte de elementos que propiciaron 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.

Los DSS se definen 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. En ellos, la salud es concebida holísticamente con la tierra, la naturaleza y la vida social y espiritual.[15]

Con el propósito de reanimar la discusión sobre los determinantes a nivel mundial, la OMS creó en 2005 la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud; esta analizaría la problemática y construiría a partir de aportes conceptuales una propuesta para alcanzar la equidad sanitaria en el mundo, pues la reducción de las inequidades en salud requerirá soluciones que aborden sus causas profundas.[3,10]

El ya mencionado enfoque de los determinantes sociales de la salud reviste una serie de implicaciones conceptuales y metodológicas para su implementación.[13,16] La comisión de los DSS sirvió como instrumento unificador de las distintas corrientes que existían hasta aquel momento respecto al tema, al precisar la importancia del análisis de determinantes estructurales de la salud (DES) y determinantes intermedios de la salud (DIS) que condicionan el estado de salud de una población.[17]

En el primer grupo (DES) 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 además de las políticas públicas sobre educación y atención sanitaria. No menos importante son los ejes de desigualdad de la estructura social, pues determinan las oportunidades de acceso a los recursos de salud.[2,18]

Entre los DIS, se describen condiciones materiales como la vivienda, el nivel de ingresos, las condiciones de trabajo o la comunidad de residencia, así como 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.[19]

Consecuentemente, el sector salud tiene un rol importante en promover y coordinar políticas de acción sobre determinantes sociales. En tal sentido, la idea central versa en que la medicina y los servicios de salud constituyen dos de los varios factores que tienen influencia sobre la salud de la población. En realidad, los factores principales se hallan en el amplio espectro de condiciones sociales y económicas en que viven los individuos: la pobreza en sus diversas manifestaciones, las injusticias, el déficit de educación, la inseguridad en la nutrición, la marginación y la discriminación, la protección insuficiente de la infancia temprana, la discriminación contra la mujer, la vivienda insalubre, el deterioro urbano, la falta de agua potable, la violencia generalizada, las brechas y la disparidad en los sistemas.[18]

En el referente bucal, el modo y estilo de vida se consideran factores de riesgo en la aparición clínica de enfermedades bucodentales o bien pueden modificar la evolución de estas. Dentro de ese grupo se incluyen la ingestión de alimentos muy calientes, de consistencia blanda, poco estimuladores de la masticación; la higiene bucal deficiente; y los hábitos tóxicos como el consumo de alcohol y el tabaquismo fundamentalmente. Los hábitos dietéticos modernos han sido reiteradamente relacionados con varias afecciones bucales.[20,21,22]

Teniendo en cuenta que el envejecimiento poblacional es la principal característica demográfica de Cuba[23] y que los estudios sobre salud bucal en la población de la tercera edad se han enfocado más a los factores de riesgo que a aquellos otros elementos de la estructura social; y sin dejar de apreciar que estos también condicionan la posición de dichos individuos en la sociedad y tienen un efecto directo sobre la salud bucal, las autoras de la presente investigación se trazaron como **objetivo** determinar el comportamiento de las determinantes sociales de salud y las condiciones de salud bucal de los adultos mayores del consultorio 19, La Demajagua, Isla de la Juventud, junio de 2024.

MÉTODO

Se realizó una investigación descriptiva, de corte transversal en 221 individuos de 60 años y más del consultorio 19, La Demajagua, perteneciente al Policlínico "Juan Manuel Páez Inchausti", Isla de la Juventud, junio de 2024.

Se estudiaron las variables: edad, sexo, ocupación, bienestar económico, estructura y funcionamiento familiar, condiciones de la vivienda, hábitos alimenticios y condiciones de salud bucal; definiendo la última en tres categorías: buena, regular y mala.

En la primera categoría se incluyeron los adultos mayores cuyas condiciones de salud bucal coincidieron con la clasificación epidemiológica de sano con riesgo. La categoría regular correspondió a quienes, coincidiendo con la clasificación epidemiológica de enfermo o discapacitado deficiente, presentaron una o dos de las siguientes condiciones: presencia de una a tres caries, encías inflamadas y abundante sarro, presencia de lesiones potencialmente malignas, desdentados parciales o que presentaron prótesis parciales desajustadas; se incluyó además a las personas operadas por cáncer bucal, las operadas de labio y paladar hendido que no presentaron dificultades ni estéticas ni funcionales. La categoría mal se asignó cuando las condiciones de salud bucal del examinado coincidieron con la clasificación epidemiológica de enfermo o discapacitado deficiente, pero presentó tres o más de los problemas descritos anteriormente. Además se incluyó en esa categoría a los pacientes que presentaban más de cuatro caries; necesidad de tratamiento periodontal de atención secundaria debido a la movilidad y recesión periodontal marcada; presencia de lesiones potencialmente malignas y malignas que requirieran remisión al segundo nivel de atención, además que fuesen desdentados totales o que sus prótesis estuvieran desajustadas, así como las personas operadas de cáncer bucal y las operadas de labio y paladar hendido que presentaron alteraciones en su funcionabilidad o necesitaron rehabilitación bucomaxilofacial.

Técnicas y procedimientos

Para la recogida de la información se utilizó la observación científico-participante de aspectos relacionados con las condiciones de vida de los ancianos y un cuestionario para adultos mayores aplicado en sus viviendas. Además, se realizó el examen clínico de la cavidad bucal utilizando el instrumental y barreras de protección adecuadas. Toda la información recopilada se procesó de forma digital, utilizando una computadora con Windows 10 como sistema operativo y los programas Word y Excel para la confección del texto y cuadros estadísticos.

Consideraciones éticas

Los datos que se obtuvieron en el estudio se utilizaron cumpliendo la Declaración de Helsinki y la Ley de Salud Pública de la República de Cuba. Se solicitó y obtuvo el consentimiento informado de los participantes y de los acompañantes en caso de tenerlos.

RESULTADOS

De un total de 221 adultos mayores, 161 perteneció al grupo de edad de 60-74 años y 134 al sexo masculino, lo que representó el 72,8 % y 60,6 % respectivamente (tabla 1).

Tabla 1. Edad y sexo de adultos mayores del consultorio 19, La Demajagua, junio de 2024

Edad	Sexo					
	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
60-74	68	30,7	93	42,1	161	72,8
75 y más	19	8,6	41	18,5	60	27,2
Total	87	39,3	134	60,6	221	100,0

Fuente: Cuestionario para adultos mayores e Historia clínica estomatológica.

De un total de 221 adultos mayores, 97 no trabajaban representando el 43,9 % y 163 poseía una condición de salud bucal regular, lo que representó el 73,8 % del total (tabla 2).

Tabla 2. Ocupación y condición de salud bucal

Ocupación	Condición de salud bucal						Total	
	Buena		Regular		Mala			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Trabaja	11	5,0	56	25,4	5	2,3	72	32,6
No trabaja	9	4,1	73	33,0	15	6,8	97	43,9
Jubilado	6	2,7	34	15,4	12	5,4	52	23,5
Total	26	11,8	163	73,8	32	14,5	221	100,0

Fuente: Cuestionario para adultos mayores e Historia clínica estomatológica.

El 56,1 % de los adultos mayores refirió no tener bienestar económico. Respecto a las condiciones de salud bucodental 163 y 32 pacientes de la muestra de estudio fueron evaluados de regular y mal respectivamente, lo que representó el 73,8 % y 14,5 % del total de individuos examinados durante la investigación (tabla 3).

Tabla 3. Bienestar económico y condición de salud bucal

Bienestar económico	Condición de salud bucal						Total	
	Buena		Regular		Mala			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Si	21	9,5	71	32,2	5	2,3	91	43,9
No	5	2,3	92	41,6	27	12,2	124	56,1
Total	26	11,8	163	73,8	32	14,5	221	100,0

Fuente: Cuestionario para adultos mayores e Historia clínica estomatológica.

Del total de la muestra de estudio (221), 125 familias fueron clasificadas como disfuncionales, lo que representó el 56,6 % de las familias investigadas. Con una condición de salud bucal regular, 86 familias clasificaron como disfuncionales representando el 38,9 % de la muestra total de familias examinadas; a su vez con condición de salud bucal mala 28 familias clasificaron como disfuncionales representando del total de la muestra de estudio un 12,7 % (tabla 4).

Tabla 4. Funcionamiento familiar y condición de salud bucal

Funcionamiento familiar	Condición de salud bucal						Total	
	Buena		Regular		Mala			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Funcional	15	6,8	77	34,9	4	1,8	96	43,4
Disfuncional	11	5,0	86	38,9	28	12,7	125	56,6
Total	26	11,8	163	73,8	32	14,5	221	100,0

Fuente: Cuestionario para adultos mayores e Historia clínica estomatológica.

Del total de la muestra de estudio (221), 102 adultos mayores habitaban en viviendas con condiciones regulares, lo que representó el 46,2 % de los individuos que participaron en la investigación. Con una condición de salud bucal regular 87 adultos mayores habitaban en viviendas con condiciones regulares representando el 39,4 % de la muestra total de examinados; a su vez con condición de salud bucal mala 14 adultos mayores habitaban en viviendas con malas condiciones y 13 en viviendas con condiciones regulares representando del total de la muestra de estudio un 6,3 % y 5,9 % respectivamente. Con condición de salud buena, 23 habitaban en viviendas con buenas condiciones, lo que representó el 10,4 % del total de los adultos evaluados (tabla 5).

Tabla 5. Condiciones de la vivienda y condición de salud bucal

Condiciones de la vivienda	Condición de salud bucal						Total	
	Buena		Regular		Mala			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Buenas	23	10,4	69	31,2	5	2,3	97	43,9
Regulares	2	0,9	87	39,4	13	5,9	102	46,2
Malas	1	0,5	7	3,2	14	6,3	22	9,9
Total	26	11,8	163	73,8	32	14,5	221	100,0

Fuente: Cuestionario para adultos mayores e Historia clínica estomatológica.

Tabla 6. Hábitos alimentarios y condición de salud bucal

Hábitos alimentarios	Condición de salud bucal						Total	
	Buena		Regular		Mala			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Adecuados	19	8,6	66	29,9	6	2,7	91	41,2
Inadecuados	7	3,2	97	43,9	26	11,8	130	58,8
Total	26	11,8	163	73,8	32	14,5	221	100,0

Fuente: Cuestionario para adultos mayores e Historia clínica estomatológica.

De un total de 221 adultos mayores, 130 presentaron hábitos alimentarios inadecuados representando el 58,8 %. Con condiciones de salud bucal regular, 97 poseían hábitos alimentarios inadecuados, lo que representó el 43,9 % del total de la muestra estudiada; a su vez 26 con condiciones de salud bucal malas poseían hábitos alimentarios inadecuados, lo que representó el 11,8 % de la muestra estudiada. Sin embargo, 19 adultos mayores poseían adecuados hábitos alimentarios, lo que representó el 8,6 % del total de pacientes examinados durante la investigación (tabla 6).

DISCUSIÓN

Según Rodríguez et al.[24] y Valenzuela et al.[25] las personas que trabajan tienen condiciones de salud bucal peores que los jubilados. Sin embargo, autores como Gispert et al.[26], plantean que la prevalencia de enfermedades que afectan el aparato estomatognático se asocian a las fuentes de trabajo, ya que los desempleados son más propensos a sufrir daños en su salud por la inestabilidad psíquica que supone esta condición.

Cuando se analiza de manera profunda se revelan, a criterio de las autoras, dos aristas significativas en tal sentido:

- Las personas vinculadas laboralmente disponen de menos tiempo para acudir a consulta estomatológica; generalmente lo hacen cuando presentan alteraciones que afectan su vida laboral y social. Asimismo, los jubilados aprovechan el tiempo libre en acciones que propician autocuidado de la salud.
- Aflora la nueva condición que implica la vejez para quienes llegan a esa etapa de la vida sin empleo ni pensión, lo cual conlleva a un deterioro asociado de la salud.

Referente al bienestar económico los resultados de la presente investigación coinciden con los obtenidos por Márquez y Medina (citados por Martínez)[27] y Cueto et al.[28] quienes significan que una mala situación económica conlleva a condiciones de salud bucodental malas. El contexto socioeconómico actual resulta similar a otro periodo denominado en Cuba "especial", en el cual Álvarez et al.[29] realizaron un estudio similar al presente demostrando que hubo incremento de la pobreza, pérdida de equidad social, y evidente disminución de la salud bucodental de la población.

En relación a funcionamiento familiar y condición de salud bucal, los resultados de la presente investigación coinciden con los obtenidos por Cueto,[28] Díaz,[30] Domínguez[31] y Arias[32], que encontraron que en las familias disfuncionales predominan los individuos con malas condiciones de salud bucal. Referente a la situación de las viviendas, los resultados no coinciden con lo referido por Cueto,[28] pero sí con Sueiro,[33] quien encuentra que quienes viven en viviendas con malas condiciones presentan las peores condiciones de salud bucal.

Respecto a los hábitos alimentarios la presente investigación coincide con estudios realizados por Martínez,[27] Cueto[28] y Sueiro,[33] donde al analizar la relación entre la nutrición y la salud bucal se corroboró que es bidireccional. El perder las piezas dentales y no rehabilitarlas, limita el tipo de alimentos que se puede consumir, disminuyendo el aporte de proteínas y fibras, lo que incide en el deterioro del estado nutricional y la condición de salud bucal de los adultos mayores.

A criterio de las autoras resulta significativo estudiar las poblaciones en su contexto social, para determinar las determinantes que inciden de forma negativa sobre el estado de salud general y bucal de los adultos mayores. En el intento de brindar bienestar y calidad de vida a los adultos mayores resulta imprescindible el conocimiento de las determinantes sociales de la salud.

CONCLUSIONES

Las determinantes abordadas en la investigación guardan relación con la salud bucal de manera proporcional. El comportamiento desfavorable de las determinantes analizadas pone de manifiesto su influencia negativa sobre el estado de salud bucodental de los adultos mayores.

FINANCIACIÓN

Los autores no recibieron financiación para el desarrollo del presente artículo.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

Conceptualización: Rosa María Montano-Silva, Yoneisy Abraham-Millán.

Investigación: Rosa María Montano-Silva, Yoneisy Abraham-Millán, Aliana Peña-Méndez, Annia Laffita-Acanda, Bárbara Zenaida Pérez-Pérez, Jennifer de la Caridad Romero-Amaro.

Curación de datos: Rosa María Montano-Silva, Jennifer de la Caridad Romero-Amaro.

Análisis formal: Yoneisy Abraham-Millán, Aliana Peña-Méndez, Annia Laffita-Acanda, Bárbara Zenaida Pérez-Pérez.

Metodología: Rosa María Montano-Silva, Yoneisy Abraham-Millán.

Redacción – borrador original: Rosa María Montano-Silva.

Redacción – revisión y edición: Yoneisy Abraham-Millán.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Marmot M, Bell R. Fair society, healthy lives. Public Health. 2012; 126 (Suppl.1):4–10.

2. Braveman P, Egerter S, Williams DR. The social determinants of health: coming of age. Annu Rev Public Health 2011; 32:381-98.

3. Acero AM, Caro IM, Henao KL, Ruiz LF, Sánchez VG. Determinantes Sociales de la Salud: postura oficial y perspectivas críticas. Rev Fac Nac Salud Pública 2013; 31:103-10. http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=tr ue&db=a9h&AN=92621791&lang=es&site=ehost-live

4. Ingleby D. Ethnicity, Migration and the "Social Determinants of Health". Psychosoc Interv 2012; 21(3):331-41. http://dx.doi.org/10.5093/in2012a29

5. Kimbro RT, Bzostek S, Goldman N, Rodríguez G. Race, ethnicity, and the education gradient in health. Health Aff. 2008; 27(2): 361–72.

6. Probst JC, Bellinger JD, Walsemann KM, Hardin J, Glover SH. Higher risk of death in rural blacks and whites than urbanites is related to lower incomes, education, and health coverage. Health Aff. 2011; 30(10):18729.

7. Woolf BSH, Braveman P. Where Health Disparities Begin: The Role of Social and Economic Determinants - And Why Current Policies May Make Matters Worse. Health Aff. 2011; 30(10):1852-9.

8. Vega J, Solar O, Irwin A. Equidad y determinantes sociales de la salud: conceptos básicos, mecanismos de producción y alternativas para la acción. Determinantes sociales de la salud en Chile: en la perspectiva de la equidad. 2005. p. 89.

9. Di-Cesare M, Khang YH, Asaria P, Blakely T, Cowan MJ, Farzadfar F et al. Inequalities in non-communicable diseases and effective responses. Lancet 2013; 381(9866):585-97.

10. De-Andrade LOM, Filho AP, Solar O, Rígoli F, de-Salazar LM, Serrate PC-F et al. Social determinants of health, universal health coverage, and sustainable development: case studies from Latin American countries. Lancet 2014. http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S014067361461494X

11. Allanson P, Petrie D. Longitudinal methods to investigate the role of health determinants in the dynamics of income-related health inequality. J Health Econ 2013; 32(5):922-37.

12. Irwin A, Scali E. Action on the social determinants of health: learning from previous experiences. Organización Mundial de la Salud; 2010. p. 52.

13. Organización Mundial de la Salud (OMS). Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Declaración Atención Primaria en Salud; 1978. p. 93. http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf

14. Álvarez-Pérez AG, Luis-Gonzálvez 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 2010; 48(2). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156130032010000200010&lng=es&nrm=iso

15. Vega-Romero R. Informe Comisión Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud. Rev. Gerenc. Polit. Salud 2009; 8(16):7-11. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S165770272009000100001&lng=en&nrm=iso

16. Álvarez-Castaño LS. Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. Rev Gerenc y Políticas Salud 2009; 8(17):69-79. http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=54514009005\nhttp://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54514009005\nhttp://www.redalyc.org/pdf/545/54514009005.pdf

17. Solar O, Irwin A. A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Organización Mundial de la Salud; 2010. p. 79.

18. Santos-Padrón H. Los determinantes sociales, las desigualdades en salud y las políticas, como temas de investigación. Rev Cub Salud Pública 2011; 37(2). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662011000200007&lng=es&nrm=iso

19. Padovani-Clemente S, Pazos-San-Martin 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 méd 2014; 13(5):75768. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729519X2014000500013&lng=es&nrm=iso

20. Alvarado-García AM, Salazar-Maya AM. Análisis del concepto de envejecimiento. Gerokomos 2014; 25(2): 57-62. http://

dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2014000200002

21. Cardentey-García J, Trujillo-Otero PE, Silva-Contreras M, Sixto-Iglesias M, Crespo-Palacios L. Estado de salud bucal de la población geriátrica perteneciente a la Clínica "Ormani Arenado". Rev Cienc Médicas 2011; 15(2).

22. Oficina Nacional de Estadísticas. Anuario demográfico de Cuba; 2014. http://files.sld.cu/bvscuba/files/2015/04/anuario-estadistico-de-salud-2014.pdf

23. Márquez GM. El cuidador del adulto mayor en la familia cubana semiurbana. Rev. Dilemas Contemporáneos: Educación, política y valores. 2021.

24. Rodríguez-Bello HI, García-García F, Echemendía-Carpio Y. Salud bucal y nivel de información en los adultos mayores. Área Norte. Sancti Spíritus. 2011. Gac Méd Espirit 2015; 17(3):56-68. http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol18_4_14/san06414.pdf

25. Valenzuela M. Buscando un mejoramiento en la salud oral de los adultos mayores: ¿es necesaria una reforma al ges-60 años? Rev. Chil. Salud Pública 2015; 19(2):181-7. http://www.auroradechile.uchile.cl/index.php/RCSP/article/viewFile/36782/38358

26. Gispert-Abreu E, Bécquer-Águila JL. Salud bucal poblacional, una prioridad en todas las políticas. Rev. Cubana Estomatol. 2015; 52(3):231-4. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci

27. Martínez-Abreu J, Capote-Femenias J, Bermúdez-Ferrer G, Martínez-García Y. Determinantes sociales del estado de salud oral en el contexto actual. Medisur 2014; 12(4):562-9. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727897X2014000400002&lng=es

28. Cueto-Salas A, Batista-González NM, González-Ramos RM. Determinantes sociales y condiciones de salud bucal de los adultos mayores. Rev. Cubana Estomatol. 2019; 56(2):174-86

29. Álvarez-Pérez AG, Luis-Gonzálvez IP, Maldonado-Cantillo G, Romero-Placeres Ml, Bonet-Gorbea MH, Lage-Dávila C, et al. Evidencias actuales en las propuestas de intervención local para el estudio y manejo de los determinantes sociales de la salud en la población cubana. Rev. Cubana Hig. Epidemiol. 2014; 52(2):239-62. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156130032014000200009&lng=es

30. Díaz-Perera-Fernández G, Alemañy-Pérez E. Enfoque de la desigualdad social en periodo de crisis: experiencia cubana. Rev. Haban. Cienc. Méd. 2011; 10(1):145-54. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2011000100019

31. Domínguez-Pérez DM, Ocaña-Leal AI, Maldonado-Álvarez C, Mármol-Sóñora L, Angulo-Ledón Y, Mármol-Ocaña L. Diseño de una estrategia para atender la depresión y valorar los factores de riesgo asociados en una población geriátrica del policlínico "Belkis Sotomayor" de Ciego de Ávila. MEDICIEGO 2014; 20(Supl. 1). http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol20_no2_14/Originales/T6.html

32. Arias-López Y, Quiñones-Rodríguez M, Rodríguez-Marín O, Tejera-Valdés A, Delgado-Martínez E. Estrategia educativa para modificar variables psicológicas en el adulto mayor institucionalizado. MEDICIEGO 2013; 19(2). http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol19_no2_2013/articulos/t-1.html

33. Sueiro-Sánchez A. Estado de salud bucal de la población geriátrica. Rev. Portales Médicos 2012; 13(3). http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/4117/2/Estado-de-saludbucal-d