

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA HABANA  
FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA DE LA HABANA**



**ESTRATEGIA INTERSECTORIAL SOBRE LAS DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD EN  
ADULTOS MAYORES. 2017-2020**

**Tesis en opción al grado científico de Doctoren Ciencias Estomatológicas**

**ROSA MARÍA GONZÁLEZ RAMOS**

**La Habana  
2021**

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA HABANA  
FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA DE LA HABANA**



**ESTRATEGIA INTERSECTORIAL SOBRE LAS DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD EN  
ADULTOS MAYORES. 2017-2020**

**Tesis en opción al grado científico de Doctor en Ciencias Estomatológicas**

**Autora. Dra. Rosa María González Ramos, Ms.C.**

**Tutor. Prof.Tit. Zaida Teresa Ilisástigui Ortúeta, Dr.C.**

**La Habana  
2021**

## **AGRADECIMIENTOS**

A mi familia por estar siempre a mi lado.

A mi tutora Dra.C. Zaida Teresita Ilisástigui Ortueta, por la confianza depositada en mí, por brindarme sus conocimientos, oportunos consejos y amistad.

A la Dra.C. María de la Caridad Barciela, amiga de siempre, por contar con su inteligencia y ayuda incondicional.

A Gisel Coutin Marie, mi hermana, amiga de alegrías, penas y vicisitudes, que ha sido capaz de ayudar en todas mis investigaciones.

A la Dra.C. Zuilén Jiménez Quintana por brindar esas ideas frescas.

Al Dr.C. Andrés Pérez Ruíz, que me dio el impulso y confianza, en que yo si podía.

A la Ms.C. Raíza Texidor Peñón, por el apoyo de siempre.

A mis amigas quienes siempre me han apoyado Dra. Deysi Madrazo, Dra. Mara Herrera, Dra.C. Milay Justo, Dra.C. Clara Sánchez Silot y muchas más que sería interminable mencionar.

A mis compañeros de trabajo del Departamento de Integral, Postgrado e Investigación en especial a Ms.C. Sol Angel Rosales Reyes, Dra.C. Ana Clara Reyes, y al Dr.C. Yunior Hernández Cardet del departamento salud.

Al colectivo de profesores de la maestría de Odontogeriatría y a los maestrantes que han trabajaron este tema de investigación.

A la Facultad de Estomatología de Ciencias Médicas de La Habana, gracias por permitir el desarrollo de esta investigación.

A **TODOS** aquellos que me han dado muestras de su apoyo incondicional **Gracias**.

## DEDICATORIA

A mi madre que me ha acompañado siempre a lo largo de mi vida, que es ejemplo para enfrentar el reto de vivir y de volver a avanzar siempre hasta vencer.

A mi hijo que es el fruto y estímulo de mi vida.

A mi esposo por su paciencia, amor y el apoyo que siempre me ha brindado.

## **SÍNTESIS**

Las estrategias de intervención sobre las Determinantes Sociales de la Salud, representan una gran oportunidad para mejorar el estado de salud a un costo relativamente bajo. Se realizó un estudio de desarrollo e innovación tecnológica, que propone una estrategia intersectorial sobre los Determinantes Sociales de Salud que influyen en las condiciones de salud bucal de los adultos mayores. La investigación se estructuró en tres etapas, la primera de diagnóstico de las condiciones de salud bucal de los adultos mayores, la segunda de diseño de la estrategia y una tercera destinada a su validación. Hubo predominio del sexo femenino; condiciones de salud bucal de los adultos mayores evaluadas de regular; con insatisfacción de sus necesidades básicas; sobresale la baja vinculación a los círculos de abuelo y los servicios estomatológicos fueron evaluados de inadecuados. Se diseñó una estrategia intersectorial organizada por etapas y dimensiones, el resultado de su validación fue adecuado. Se concluyó que la estrategia se sustentó en los resultados del diagnóstico de salud bucal de los adultos mayores, con carácter sistémico, participativo e intersectorial apropiado al nivel local y su validación teórica fue efectiva para su aplicación en la práctica.

## TABLA DE CONTENIDO

<b>CONTENIDOS</b>		<b>Pág</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>		1
<b>CAPÍTULO I.MARCO TEÓRICO</b>		11
I.1.	Desarrollo de la epidemiología. Determinantes sociales de la salud	12
	I.1.1. Dimensiones de los determinantes sociales	15
I.2.	Envejecimiento poblacional	18
I.3.	Salud bucal del Adulto Mayor	21
I.4.	Intersectorialidad en la salud cubana	24
I.5.	Estrategias en salud	26
Conclusiones del Capítulo I		30
<b>CAPÍTULO II.DISEÑO METODOLÓGICO</b>		32
II.1.	Clasificación de la investigación	33
II.2.	Etapas de la investigación	33
II.3.	Métodos de investigación	33
	II.3.1. Métodos del nivel teórico	33
	II.3.2. Métodos del nivel empírico	35
II.4.	Primera Etapa: identificación de las condiciones de salud bucal de los adultos mayores relacionados con las Determinantes Sociales de la Salud	35
	II.4. 1. Universo y muestra.	35
	II.4. 2.Obtención de la información	37
	II. 4. 3. Operacionalización de Variables	37
	II.4.3.1 Condiciones de salud bucal	38
	II.4.3.2 Dimensiones de las Determinantes Sociales de la Salud	38
II.5.	Segunda Etapa: Elaboración de la estrategia intersectorial	42
	II.5.1. Fase preparatoria	42
	II.5.1.1. Selección del equipo técnico que llevó a cabo la elaboración de la estrategia intersectorial	42
	II.5.1.2. Selección de los actores sociales implicados en la elaboración e implementación de la estrategia intersectorial	43
	II.5.2. Fase de diseño de la estrategia intersectorial	44

	II.5.2.1. Análisis de las causas y efectos de la problemática identificada en la primera etapa de la investigación	44
	II.5.2.2. Fase de construcción de la estrategia intersectorial	45
II.6.	Tercera Etapa. Validación de la estrategia intersectorial	46
	II.6.1. Método Delphi	46
	II.6.2. Validación teórica de la estrategia intersectorial	49
	II.6.3. Evaluación de la fiabilidad del instrumento	50
II.7.	Técnicas y procedimientos	50
II.8.	Aspectos éticos.	50
Conclusiones del capítulo II		51
<b>CAPÍTULO III. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS</b>		52
III.1.	Descripción de las características del contexto de la investigación	53
III.2.	Resultados de la Primera etapa	54
III.3.	Resultados de la etapa de elaboración de la estrategia intersectorial	71
	III.3.1. Resultados de la fase preparatoria	71
	II.3.1.1. Conformación del equipo técnico	71
	II.3.1.2. Selección de los actores sociales	71
	III.3.2. Resultados de la fase de diseño de la estrategia intersectorial	72
	II.3.2.1. Resultados de la técnica de árbol de problemas	72
	II.3.2.2. Resultados del Grupo Nominal	73
	III.3.3. Resultados de la fase de construcción de la estrategia intersectorial	74
III.4.	Resultados de la tercera etapa. Validación de la estrategia intersectorial	76
	III.4.1. Selección de los expertos	76
	III.4.2. Resultados del Método Delphi	77
	III.4.3. Validación teórica de la estrategia intersectorial	78
	III.4.4. Evaluación de la fidelidad del instrumento utilizado	80
Conclusiones del capítulo III		81
<b>CAPÍTULO IV. ESTRATEGIA INTERSECTORIAL SOBRE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD EN ADULTOS MAYORES</b>		83
IV.1.	Fundamentación	84
IV.2.	Marco referencial legal, político económico, institucional y técnico	85

IV.3.	Requerimientos	87
IV.4.	Características	87
IV.5.	Rasgos	87
IV.6.	Misión y Visión	88
IV.7.	Objetivos estratégicos	88
IV.8.	Etapas de la estrategia intersectorial	89
	IV.8.1. Primera etapa: diagnóstico	89
	IV.8.2. Segunda Etapa: elaboración de la estrategia intersectorial	89
	IV.8.2.1. Acciones intersectoriales, criterios de medida e indicadores	90
	IV.8.2.2. Descripción de criterios de medida e indicadores	93
	IV.8.3. Tercera Etapa: Implementación de la estrategia intersectorial	96
	IV.8.4. Cuarta Etapa: evaluación	96
	IV.8.4.1. Evaluación operativa	96
	IV.8.4.2. Evaluación de resultados o impacto	96
Conclusiones del capítulo IV		97
<b>CONCLUSIONES</b>		98
<b>RECOMENDACIONES</b>		99
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>		
<b>ANEXOS</b>		
<b>PRODUCCIÓN CIENTÍFICA DE LA AUTORA</b>		



## INTRODUCCION

La salud - enfermedad, más que un estado, es un proceso integrado al conjunto de condiciones sociales en las cuales viven las personas, incluyendo aspectos políticos, económicos, culturales, de servicios y derechos sociales. Se requiere que cualquier actividad que realicen los seres humanos, mantenga y promueva el bienestar y la calidad de vida. <sup>1</sup> Por lo tanto, las Determinantes Sociales de la Salud abarcan tanto el contexto social como los procesos mediante los cuales todas estas condiciones sociales se reflejan en consecuencias para la salud.

La investigación en salud pública ha ido incorporando paulatinamente el enfoque de las Determinantes Sociales de Salud para abordar las inequidades en salud. Dentro de este contexto surgen y son considerados como el conjunto de factores de índole social, económico, político y de estilo de vida que influyen y determinan el nivel de salud de las poblaciones. <sup>2,3</sup>

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. Ellas 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. <sup>4</sup>

Las Determinantes Sociales de Salud buscan establecer aquellos elementos de la estructura social que condicionan la posición que las personas alcanzan en la sociedad y que tienen un efecto directo en la distribución de los problemas o de los factores protectores de la salud. <sup>5</sup>

Desde hace algunos años, los organismos relacionados con la salud han reconocido el rol preponderante que tienen las Determinantes Sociales de Salud para la población de cualquier territorio, y hacia allí deben dirigirse los esfuerzos de Estados, instituciones u organizaciones implicadas. Esto significa aceptar que la atención médica en la Atención Primaria de Salud, no es condicionante principal en la salud de las personas, sino que está determinada, por las condiciones sociales en que estas viven y trabajan. <sup>5,6</sup>

En Cuba, en las últimas décadas y especialmente durante el pasado siglo, los indicadores de salud, tanto generales como bucales han estado asociados con la voluntad política de fomentar la salud y el desarrollo humano; la intersectorialidad ha tenido un papel primordial 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 lo 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, resolutividad y satisfacción con los servicios de salud. <sup>2,7</sup>

El envejecimiento poblacional es un problema a nivel mundial. El mayor número de personas mayores de 60 años viven en países en desarrollo y se espera que, para el año 2025, tres de cada cuatro adultos mayores vivirán en estos países. El número de personas que arriba o sobrepasa los 60 años se ha incrementado de 400 millones en 1950 a 600 millones en la actualidad, con un pronóstico de 1200 millones para 2025. <sup>8</sup>

En América Latina y el Caribe el envejecimiento poblacional ha sido muy rápido y lo será aún más. Se afirma que la región del Caribe es hoy la región en desarrollo más vieja del mundo. Esto implica que para adaptarse a ese proceso tendrá entonces menos tiempo que lo que tuvo el mundo desarrollado. Existen países en cada una de las etapas de la transición demográfica, algunos como Bolivia, Guatemala o Haití que poseen un envejecimiento poblacional incipiente. Otros como Uruguay, Argentina, Barbados y Cuba presentan un envejecimiento avanzado. <sup>8</sup>

Cuba es un ejemplo de país en desarrollo que muestra un envejecimiento importante de su población. En el 2019 más del 20% de población tiene más de 60 años. En el 2025 tendrá la población más envejecida de Latinoamérica y, para 2050, se espera que los cubanos disfruten de uno de los promedios de edad más envejecidos del planeta. <sup>9</sup>

La salud bucal, al igual que la salud general, no está exenta de la influencia de las Determinantes Sociales de Salud. El envejecimiento bucodental se comporta de manera más lenta y, en la mayoría de las veces, puede pasar desapercibido para las otras personas; solamente cuando se han perdido varios dientes o, en el peor de los casos, la totalidad sin una adecuada rehabilitación protésica observándose las afectaciones estéticas que provoca.<sup>10</sup>

Cueto Salas y cols.<sup>11</sup> en su estudio, encontraron que el 27,9% de los adultos mayores trabajaban y tenían buenas condiciones de salud bucal, el 60 % refirieron no tener bienestar económico y predominaron las familias funcionales con condiciones de salud bucal de regulares, el 73,5% habitaban en viviendas en buen estado.

En un trabajo publicado por la autora de la investigación en la Convención de Salud en Cuba en el 2018,<sup>12</sup> obtiene como conclusiones el predominio de los adultos mayores con el nivel de escolaridad de secundaria, la mayoría trabaja y más de la mitad no tienen bienestar económico, ni satisfecha las necesidades básicas, con superioridad de las condiciones de salud bucal inadecuadas.

La complejidad de los problemas de salud de los adultos mayores exige que se amplíen las actividades a realizar con ellos, se elaboren estrategias de intervención intersectoriales efectivas capaces de actuar sobre las Determinantes Sociales de Salud.

Argumentan Álvarez Pérez y cols.<sup>13</sup> en su artículo "Pautas conceptuales y metodológicas para explicar las determinantes de los niveles de salud en Cuba." llegan a la conclusión que es necesario entender las interacciones que se producen entre los diversos factores, con vistas a desarrollar estrategias dirigidas a todos los que determinan la salud y compartir la responsabilidad de desarrollar políticas públicas saludables.

Las estrategias de intervención sobre las Determinantes Sociales de Salud, representan una gran oportunidad para mejorar el estado de salud a un costo relativamente bajo. Es necesario que todos los implicados realicen acciones que contribuyan a alcanzar una longevidad satisfactoria. Es por eso

que mejorar la calidad de vida es un gran reto en estos momentos para todos. El sector de la salud debe ser la institución que lidere a todos los sectores de la población comprometidos en participar en la estrategia integral.

La dependencia o falta de autonomía del adulto mayor en varios niveles: económico, afectivo y físico, el requerimiento de ayuda en lo referente al acceso a medicamentos, disponibilidad de alimentos, necesidad del lavado de ropa y ayuda económica, hace que requieran de un apoyo importante de la comunidad y de las acciones intersectoriales. <sup>14</sup>

La intersectorialidad es una de las herramientas, tal vez la más poderosa, del trabajo social y comunitario en salud. Es la "intervención coordinada de instituciones representativas de más de un sector social, en acciones destinadas a tratar los problemas de la salud, bienestar y la calidad de vida" <sup>15</sup>.

Pastor Castell y cols.<sup>16</sup> refieren que, la intersectorialidad es importante para lograr las transformaciones que se requieren en la forma de abordar los problemas que determinan o influyen en el bienestar de la población.

### **Justificación**

El ancestral interés de los humanos por vivir el mayor número de años posible, unido al creciente desarrollo de la ciencia y la técnica, sustentan la tendencia actual que considera que, si es importante vivir más años, también es esencial que estos transcurran con mejor salud y bienestar, es decir, con mejor calidad de vida. <sup>9,17</sup>

El estudio de la problemática del adulto mayor constituye hoy elemento de primordial importancia y factor decisivo en las investigaciones médicas y sociales. Es básicamente por esta razón que las investigaciones se dirigen tanto al proceso fisiológico de envejecer como a las situaciones de riesgo que pueden provocar o agravar las enfermedades. <sup>18</sup>

En el componente bucal del análisis de situación de salud, herramienta científico metodológica para identificar y solucionar problemas de salud, se refleja el comportamiento del proceso salud -

enfermedad con la utilización de los campos de la salud: biología humana, estilos de vida, medio ambiente y organización de los servicios de salud, pero no se han considerado los nexos con las Determinantes Sociales de Salud.<sup>19</sup> Continúan siendo insuficientes los estudios que abordan este tema relacionados con la salud bucal, considerándose a las enfermedades bucales como un elemento importante a pesar de que son prevenibles a través del control de los factores de riesgo.

En la actualidad es importante centrar las investigaciones sobre la influencia de las Determinantes Sociales de Salud en el campo de la salud bucal. En el entorno nacional, continúan siendo escasas, solo se han basado en describir el estado de salud, los planes de acción carecen de involucrar a todos los sectores de la comunidad, restándole efectividad y responsabilizando solo al sector salud como ejecutor principal.<sup>20</sup>

En este momento, se requiere de agilidad y efectividad en la elaboración de estrategias intersectoriales para mejorar las condiciones de vida y salud del adulto mayor. No hay dudas de que en las difíciles condiciones económicas en que vive Cuba este grupo poblacional es el más afectado y el que más atención requiere.

Las vivencias acumuladas por la autora de la investigación sobre el tema se destacan las realizadas en el municipio Plaza de Revolución, que permitieron la salida a Tesis de terminación de maestría de Odontogeriatría, cuyos resultados que fueron publicados.<sup>10-12</sup>

Los argumentos antes expuestos, corroboran la pertinencia e importancia de la presente investigación ya que permite identificar la relación de las Determinantes Sociales de Salud y las condiciones de salud bucal del adulto mayor; así como el diseño de una estrategia intersectorial que permitirá, una vez ejecutada, mejorar las condiciones de salud bucal de los adultos mayores del municipio Plaza de la Revolución.

### **Problema científico**

Los antecedentes expuestos y la experiencia de la autora de la investigación en los estudios realizados sobre el tema, le permitieron plantear las siguientes situaciones problemáticas:

- En estomatología, pese a la importancia que tienen las Determinantes Sociales de Salud en el desarrollo de las enfermedades bucales, existen pocas investigaciones que las interpretan como un componente importante en la pérdida de la salud bucal y sobre todo en el grupo poblacional del adulto mayor que demanda una atención diferenciada requiriendo de acciones intersectoriales.
- En general, este grupo poblacional está expuesto a situaciones de desigualdad y exclusión social, lo cual expresa que su mayor esperanza de vida no se acompaña de una mejor calidad de vida. Desde un adecuado análisis de las Determinantes Sociales de Salud, es posible vislumbrar factores diferenciales, que refleja la fuerte relación entre salud bucal y los factores socioeconómicos, entre otros. Las enfermedades bucales son un considerable componente de la carga global de enfermedad a pesar de que son prevenibles a través de la intervención de factores de riesgo.
- El municipio Plaza de la Revolución, es el más envejecido de La Habana y existen pocas investigaciones en estomatología que abordan la relación de las Determinantes Sociales de Salud; con las condiciones de salud bucal y la falta de estrategias intersectoriales para mejorarlas.

Ante esta situación problemática el presente estudio se plantea como problema científico: ¿Cómo contribuir al mejoramiento de las condiciones de salud bucal de los adultos mayores del municipio Plaza de la Revolución a través de una estrategia intersectorial sobre las Determinantes Sociales de Salud?

Lo declarado lleva a la autora de la investigación a formular las siguientes interrogantes científicas:

¿Cuál es la relación de las Determinantes Sociales de Salud con las condiciones de salud bucal de los adultos mayores del municipio Plaza de la Revolución?

¿Cómo es la estructura de una estrategia intersectorial sobre las Determinantes Sociales de Salud para mejoramiento de la salud bucal de los adultos mayores del municipio Plaza de la Revolución?

## **Objetivos**

1. Evaluar las condiciones de salud bucal de los adultos mayores y su relación con las Determinantes Sociales de Salud en el municipio Plaza de la Revolución.
2. Diseñar una estrategia intersectorial sobre las Determinantes Sociales de Salud para mejorar las condiciones de salud bucal de los adultos mayores del municipio Plaza de la Revolución.
3. Validar la estrategia intersectorial sobre las Determinantes Sociales de Salud para mejorar las condiciones de salud bucal de los adultos mayores del municipio Plaza de la Revolución.

## **Actualidad**

El presente estudio constituye una continuación de una línea de investigación del Ministerio de Salud Pública en conjunto con instituciones como el Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología y la Escuela Nacional de Salud Pública.

El resultado científico es el producto de una actividad en la cual se han utilizado métodos científicos, que permite ofrecer solución al problema investigado; se plasma en recomendaciones, descripciones, publicaciones, que contienen conocimientos científicos o una producción concreta material, o su combinación y resuelven determinada necesidad económica y social.

Este tema tiene gran actualidad e importancia, ya que en Cuba existe una población eminentemente envejecida y por tanto más propensa a padecer enfermedades crónicas.

Se reconoce la actualidad de la investigación al favorecer el cumplimiento de lo legislado en la Constitución de la República de Cuba, con respecto al envejecimiento y la protección del adulto mayor. Además de estar en consonancia con los Lineamientos de la Política Económica y Social del Partido y la Revolución; y en correspondencia con los objetivos de trabajo de la Organización de las Naciones Unidas en su agenda 2030 para el desarrollo sostenible de América Latina y el Caribe.

Este trabajo contribuirá a la actualización de los conocimientos, en el análisis e interpretación del papel que desempeñan las Determinantes Sociales de Salud de los adultos mayores.

A su vez la propuesta de la estrategia intersectorial, permitirá minimizar su efecto de las Determinantes Sociales de Salud sobre las condiciones de salud bucal del adulto mayor. El abordaje de la intersectorialidad como tecnología, concretada en acciones estratégicas, donde se consideró: primero, el problema de salud en este caso las condiciones de salud bucal de los adulto mayor y su relación con las Determinantes Sociales de Salud; segundo se consideró a los actores sociales involucrados en la solución del problema, su voluntad y compromiso de participar, y tercero se tuvo en cuenta a los factores desencadenantes de las acciones estratégicas que son los planes de acción a nivel de consejos populares.

### **Novedad científica**

El trabajo que se presenta no tiene precedentes, es el primero en abordar la influencia de las Determinantes Sociales de Salud en las condiciones de salud bucal del adulto mayor, contribuye a enriquecer el conocimiento científico, al abordar la salud bucal desde una nueva perspectiva permitiendo eliminar las inequidades en salud.

La estrategia intersectorial propuesta tiene un conjunto de acciones que involucran a todos los sectores de la comunidad para mejorar las condiciones de vida y la salud bucal del adulto mayor, estando en correspondencia con la política social y sanitaria de Cuba relacionada con la población adulto mayor y garantiza un impacto positivo en la salud de la población geriátrica.

### **Aportes Teóricos y prácticos**

La investigación constituye un aporte científico sobre la temática de las Determinantes Sociales de Salud y su relación con las condiciones de salud bucal de los adultos mayores del municipio Plaza de la Revolución que, enriquece el cuerpo teórico de la Ciencia Estomatológicas.

La estrategia intersectorial sobre las Determinantes Sociales de Salud, basada en la sistematización de los referentes teóricos metodológicos de la planeación estratégica en lo particular y de la ciencia de dirección en salud en lo general, que aporta una herramienta de trabajo



que propicia un mejoramiento en la calidad de vida, cuyo contenido admite la posibilidad de utilizarse en otros contextos y de económica aplicación.

Tiene aportes trascendentes social y humano ya que da respuesta al encargo social de una sociedad cubana envejecida al mejorar las condiciones de salud bucal y calidad de vida de los adultos mayores.

### **Estructura de la tesis**

La tesis está estructurada en: introducción que incluye los antecedentes, la justificación de la investigación, el problema y las preguntas científicas, los objetivos, la novedad y los aportes. Posteriormente se organiza por capítulos, el primer capítulo, dedicado al Marco Teórico en que se presentan los fundamentos teóricos metodológicos del estudio. El capítulo II correspondiente al Diseño Metodológico, donde se exponen los distintos métodos, técnicas y procedimientos utilizados para cumplir los objetivos, así como los aspectos éticos considerados. El tercer capítulo dedicado a describir, analizar y discutir los resultados y por último el cuarto capítulo donde se muestra la estrategia intersectorial. Con posterioridad se encuentran las conclusiones que generalizan el conocimiento obtenido, las recomendaciones y las referencias bibliográficas. Finalmente se presentan los anexos que contribuyen a la comprensión del informe final.

## **CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO**

## **CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO**

### **I.1. Desarrollo de la epidemiología. Las determinantes sociales de la salud**

La epidemiología ha pasado por diferentes paradigmas, el primero, el paradigma del "Miasma," en él se aborda la morbimortalidad vinculada a las contaminaciones del agua, aire y tierra. Seguido del Paradigma del "germen" establecía que agentes específicos se relacionaban con enfermedades específicas, se desarrolló en la segunda mitad del siglo XIX y principios del siglo XX. El Paradigma de la "caja negra" o de las enfermedades crónicas donde los agentes de exposición se mezclaban con los eventos de interés sin explicación de la patogénesis específica. <sup>23-26</sup>

El Paradigma eco- epidemiológico o la metáfora de la "caja china" se caracterizó por hacer análisis de eventos y sus determinantes en diferentes niveles de organización: biológico, clínico y social, <sup>27,28</sup> y por último, el paradigma de la Producción Social de Salud, determinado por un conjunto de oportunidades políticas, legales, económicas, educativas, de bienes y servicios, de empleo, de ingreso, recreación y participación social, entre otras, para que las personas, familias y comunidades, desarrollen sus potencialidades y proyectos de vida en aras del bienestar individual y colectivo. <sup>29</sup>

Desde la constitución de la Organización Mundial de la Salud, en 1946, sus fundadores deseaban que se abordara las raíces sociales de los problemas de salud, así como los retos de proporcionar una atención médica curativa eficaz. <sup>30</sup>

En la segunda mitad del siglo XX surge la "epidemiología social", que se distingue por su empeño en investigar las Determinantes Sociales de las distribuciones de la salud, la enfermedad y el bienestar en las poblaciones. También estimulada por reconocer y documentar el amplio espectro de los Determinantes de Salud desde el nivel micro en que operan los factores biológicos individuales, hasta los niveles macro que expresan las condiciones sociales en que viven las poblaciones. <sup>31</sup>

Para aunar esfuerzos en pos de mejorar la salud de la población, en marzo de 2005 fue creada la Comisión sobre Determinantes Sociales de Salud por el Dr. Lee quien fuera director general de la Organización Mundial de Salud, para ayudar a los países y los asociados mundiales en pro de la salud, al abordar los factores sociales que conducen a la mala salud y las inequidades.<sup>32</sup>

Las Determinantes Sociales de Salud reconocen que la salud es una meta social y una responsabilidad que concierne a toda la sociedad. Cada vez es mayor la evidencia de que es posible mejorar la coordinación y el liderazgo para hacer frente a las dimensiones sociales de la salud en todos los procesos, además afirman que, actuando sobre las causas sociales de la mala salud, los gobiernos estarán en buena situación para alcanzar sus objetivos de desarrollo, reducir las inequidades en materia de salud, promover la salud de la población, así como crear y sostener sociedades económicamente viables.<sup>32</sup>

La Comisión de Determinantes Sociales de Salud, conformada por 20 expertos y presidida por el epidemiólogo británico Marmot, propuso un modelo conceptual; éste incorpora dos grandes grupos para su análisis: por una parte, están los Determinantes Estructurales de la Salud y otra, los Determinantes Intermedios de la Salud.<sup>32</sup>

En el primer grupo aparece el contexto socioeconómico y político, el cual se refiere a factores estructurales del sistema imperante que afectan de forma significativa la estructura social, incluyendo aspectos tales como el gobierno, en su más amplio contenido; las políticas macroeconómicas; también las políticas sociales que rigen al mercado de trabajo y el bienestar económico; la distribución de la tierra y la vivienda; además de las políticas públicas sobre educación y atención sanitaria, 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, que determinan las oportunidades de tener acceso a los recursos de salud.<sup>32,33</sup>

Los Determinantes Intermedios de Salud incluyen, las condiciones materiales tales 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.<sup>32,33</sup>

Se incorpora el sistema de salud como un Determinantes Intermedios de Salud, más porque el deterioro o mejora del estado de salud tiene un efecto de retroalimentación respecto a la posición socioeconómica; como por ejemplo, el ingreso familiar mensual. De la misma manera, el sistema de salud influye pues el menor acceso a ellos y su menor calidad para las personas de clases sociales menos favorecidas. Además, el pago de los servicios de salud incrementa la pobreza y la desesperación en estas poblaciones.<sup>33-35</sup>

En el 2008, se propone un modelo de las Determinantes Sociales de Salud, que considera elementos tales como las condiciones de vida y de trabajo, la disponibilidad de alimentos, comportamientos de la población, estilos de vida y servicios de salud como su parte fundamental. En él se reflejan tres niveles de contexto, estos son: nivel micro: en el que se analizan las inequidades económicas debido a la dinámica social en la que existen pocas oportunidades para los sectores más pobres de la población; nivel meso en que se encuentra la comunidad y se observan las políticas para reducir la vulnerabilidad y el nivel macro que incluye políticas públicas que deben generar los gobiernos para tener una distribución equitativa de la riqueza, así como la inclusión de los sectores en estado de vulnerabilidad. Estos se ven influenciados por el sistema globalizado.<sup>36</sup>

El modelo propuesto por la Organización Mundial de Salud asume que las condiciones sociales en que las personas viven y trabajan, impactan sobre la salud y que tanto el contexto como los procesos sociales, se traducen en consecuencias para la salud. Lo que sugiere actuar sobre las Determinantes Sociales de Salud con la finalidad de mejorar la situación global y combatir la iniquidad con la que ésta se distribuye.

En síntesis, este modelo siguiendo el enfoque de la epidemiología social europea, reconoce la existencia de dos tipos de determinantes de la salud: 1) los estructurales: contexto socioeconómico y político y la posición socioeconómica y 2) los intermediarios: vincula a los estructurales con los

resultados en salud y están constituidos por circunstancias materiales, elementos conductuales y biológicos, así como factores psicosociales y el sistema de salud.<sup>37,38</sup>

En él se explica como el individuo se encuentra inmerso en un sistema social que determina el estilo de vida, y al mismo tiempo está regido por políticas públicas que buscan generar condiciones equitativas. Al ser el individuo parte de una sociedad se ve influenciado por la globalización, que si bien puede generar beneficios igualmente modifica los estilos y la calidad de vida.

Martínez Abreu y cols.<sup>39</sup> plantean que no se debe olvidar que la salud es un producto social y al estudiar su comportamiento, no deben olvidarse sus determinantes sociales. Por tanto, estas incluyen tanto al contexto social como a los procesos mediante los cuales las condiciones sociales se traducen en consecuencias para la salud.

#### **I.1.1. Dimensiones de las determinantes sociales de la salud**

Dentro de las dimensiones de las Determinantes Sociales de Salud fundamentalmente se encuentran:<sup>40-43</sup>

**Dimensión demográfica:** el estudio de la demografía posibilita estudiar grupos etarios y género biológico, hacia los cuales se encaminan y dirigen esfuerzos a partir del desarrollo de actividades educativas y preventivas de enfermedades.<sup>40</sup>

**Dimensión medio ambiente:** las cuestiones ambientales del envejecimiento de la población han propiciado el surgimiento de la geografía del envejecimiento, centrada en el análisis de las implicaciones socio espaciales del envejecimiento de la población y la comprensión de las complejas relaciones entre el entorno físico-social y las personas mayores a distintas escalas. Así, se va destacando la contribución de las cuestiones geográficas a la gerontología y, especialmente, la gerontología ambiental, al reconocerse que el espacio geográfico afecta al proceso de envejecimiento. Estudios realizados se centran en los patrones espaciales del envejecimiento de la población asociados con su movilidad residencial y el acceso a los servicios sociales.<sup>41</sup>

**Dimensión servicios de salud:** se ha observado que la utilización de servicios de salud estomatológicos se ve afectada por aspectos como, edad, sexo, educación, ingreso, ocupación y estatus socioeconómico. De igual forma se consideran la disponibilidad de servicios, ubicación geográfica, aspectos culturales, actitudes frente a la salud, unido a valores, estilos de vida, experiencias previas de atención y presencia o ausencia de síntomas, entre otros. La utilización de los servicios de salud, desde una perspectiva más amplia, implica la necesidad de atención con una elevada calidad. <sup>42</sup>

**Dimensión estilos de vida:** es imposible hablar de estilos de vida sin separarlo del modo de vida ya que estos determinan la forma como se desarrolla en hombre dentro de la sociedad y su relación con el proceso salud enfermedad. Ambos determinan cambios en las condiciones y calidad de vida. Se hace necesario destacar que se debe contribuir a potenciar niveles de calidad de vida en aquellas personas que padecen algún tipo de enfermedad o poseen riesgo para su salud, a partir de modificaciones o cambios positivos en los estilos de vida. Del mismo modo, se ha comprobado el beneficio en el adulto mayor de la práctica sistemática de actividades físicas. <sup>43</sup>

Aparejado a ello, es importante señalar que un adecuado nivel cultural puede influir favorablemente en la aceptación de los mensajes de promoción y educación para la salud. Entre mayor nivel cultural y educacional tenga un sujeto como parte de la sociedad y no como un ente aislado, estará en mejores condiciones de producir más y con más calidad la riqueza que requiere el desarrollo social sostenido. <sup>11</sup>

En Cuba, investigadores del Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología elaboraron una propuesta, que retoma una parte importante de estos componentes y los aplica al contexto cubano. Se consideran un grupo de elementos que han sido divididos en dos grandes campos, factores médicos y factores no médicos. <sup>3</sup>

Los factores determinantes médicos son aquellos que se encuentran asociados con los servicios de salud y atención médica como la promoción, prevención, curación y rehabilitación, que determinan

la salud de individuos y comunidades. Las políticas de intervenciones dirigidas a influir sobre estos factores se centran en los servicios de salud y su reorganización en función de este objetivo. <sup>3,4</sup>

Algunos de ellos son las características biológicas y genéticas, los servicios y recursos humanos en salud, su acceso universal y sin distinción, en particular a aquellos diseñados para mantener y promover la salud, prevenir enfermedades, restituir la salud y el funcionamiento del organismo. Garantizar la disponibilidad de capital humano en cantidad y calidad contribuye de manera decisiva, a la salud de la población. <sup>3</sup>

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 como las políticas públicas saludables las intervenciones 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 individuales y familiares; la vivienda, seguridad alimentaria, vinculación a redes de apoyo social, nivel educacional, empleo y las condiciones de trabajo. También las adicciones, tales como el alcohol, tabaco y las drogas, unidos a la igualdad de género y el acceso a la cultura. <sup>3, 7, 44</sup>

En Cuba, es voluntad política del Estado, invertir en salud y desarrollo social, lo cual permite esencialmente, el acceso de la población a la educación y al empleo. Promueven estrategias que fomentan el desarrollo cultural, la creación y consolidación de estilos de vidas y ambientes saludables. El modelo social cubano estableció las bases para que el tema “salud” estuviera en la agenda de todos los factores implicados, desde los decisores del más alto nivel hasta cada sujeto en su comunidad. <sup>45,46</sup>

Existen programas de salud que priorizan la atención al adulto mayor, brindan una serie de acciones, tanto del sector salud como de otros sectores, buscando minimizar las condiciones sociales que puedan afectar la salud. Los indicadores de esperanza de vida al nacer y las causas



de morbilidad son comparables con países desarrollados. Se conoce que los Determinantes Sociales de Salud influyen sobre la salud tanto de forma individual como a nivel familiar.<sup>40</sup>

## **I.2. Envejecimiento poblacional**

Alvarado García y cols.<sup>47</sup> en su trabajo "Análisis del concepto de envejecimiento" lo definen como un proceso continuo, heterogéneo, universal e irreversible que determina una pérdida de la capacidad de adaptación de forma progresiva. Así mismo, es un fenómeno extremadamente variable, influido por múltiples factores arraigados en el contexto genético, social e histórico del desarrollo humano, cargado de afectos y sentimientos que se construyen durante el ciclo vital y están permeados por la cultura y las relaciones sociales de tal manera que no es claro precisar el estadio de la vida en el cual se ingresa a la vejez y cada vez la concepción de esta está más alejada de la edad cronológica y tiene mayor estructuración desde lo individual y lo social.

En ese sentido, el envejecimiento es una construcción social. Desde el punto de vista demográfico está relacionado con el aumento en proporción de personas de edad avanzada con relación al resto de la población. Sin embargo, se ha considerado la importancia de definirlo también como la inversión de la pirámide de edades, debido a que el fenómeno, no es solamente un aumento de la proporción de ancianos, sino también una disminución de la proporción de niños y jóvenes entre cero y 14 años.<sup>47</sup>

Este es un fenómeno de alcance mundial, sin precedentes en la historia de la humanidad, tal y como se expresa en el informe World Population Ageing: 1950-2050 de la Organización de las Naciones Unidas, señalan que entre 2010 y 2050 la población mundial de mayores de 65 años se multiplicará por tres, pasando de 523 millones a 1,486 millones. De igual modo, serán los países en vías de desarrollo los protagonistas de este proceso de envejecimiento, en tanto su población de mayores de 65 años y más se multiplicará por 3,5; mientras que en los países desarrollados se multiplicará por 1,7.<sup>48</sup>

Este significativo aumento de la población de mayores genera cambios macro y micro sociales que afectan la vida económica, política y cultural de los países que lo experimentan y en la esfera psicosocial de las personas de este colectivo etario.<sup>49</sup>

La Organización de las Naciones Unidas, estima que para el año 2050 entre los países más envejecidos a nivel mundial estarán Japón, con 42,5% de personas de 60 y más años con respecto a su población total; seguido de Corea del Sur con 41,5%; España 41,4%; Portugal 41,2%; Grecia 40,8%; Italia 40,7%; Bosnia y Herzegovina 40,5%; Singapur 40,4% y Cuba con 39,7%, único representante latinoamericano.<sup>48</sup>

La población de Cuba en 2019 es de 11 230 142 habitantes, de ellos 20,8 % tiene 60 años y más de edad.<sup>50</sup> Las perspectivas de la evolución futura de la población avizoran un decrecimiento absoluto de la población en la cual todo el crecimiento poblacional no alcanzará para compensar las disminuciones por natalidad ocurridas en las décadas precedentes, y las asociadas a un saldo migratorio externo negativo durante más de cuatro décadas.

El crecimiento sólo se observará en las poblaciones que arriben a la edad de 60 años y más, resultado de los elevados niveles de esperanza de vida, que además caracterizan la dinámica demográfica cubana. El resultado será una estructura poblacional para los próximos 25 años, con alrededor del 25% de sus integrantes con 60 años y más y alrededor de 3 millones en el año 2025. Asimismo, tendrá lugar un elevado crecimiento absoluto de la población de 75 años y más, en contraste con el escaso crecimiento o decrecimiento en los volúmenes de población en edad de trabajar y de procrear, en consecuencia existirán muy bajos índices de reemplazo poblacional y de la fuerza de trabajo.<sup>51</sup>

Cuba ostenta niveles muy bajos de fecundidad. La tasa global de fecundidad en la actualidad, y desde hace treinta años, no excede los 1,7 hijos por mujer.<sup>52</sup> Del mismo modo, el otro rasgo se relaciona con la estructura de los hogares y de las familias. Por último y relacionado con el cuadro de salud de las personas mayores, se aprecia una disminución de la mortalidad en estas cohortes

de edades, y por ende de la extensión de la vida con garantías de atención de salud universal y gratuita.<sup>53</sup>

En una investigación realizada refieren como causas del envejecimiento poblacional en Cuba los bajos índices de fecundidad, como la primera, la segunda la emigración constante y progresiva, y la tercera los avances del sistema de salud. Existen otras secundarias como los subsidios del Estado a estos grupos poblacionales, los programas de deporte, educación física y recreación diseñados exclusivamente para personas de la tercera edad.<sup>54</sup>

A pesar de lo anteriormente expuesto se han logrado alcanzar indicadores de salud equiparables a los de países desarrollados y exhibe una esperanza de vida de 79 años como promedio.<sup>50</sup> Este es un logro atribuible a las políticas sociales implementadas en el país, en particular a las políticas de salud, educación y seguridad social.

No obstante, en las actuales condiciones socio económicas del contexto cubano; el logro de una mayor longevidad plantea importantes desafíos, tales como la formación de recursos humanos para actuaciones de apoyo y cuidado a esta población; lograr que el alargamiento de la vida se haga acompañar de bienestar y calidad; y, por último, actualizar los programas de atención enfocados en el colectivo de mayores, ya sean autónomos o dependientes.<sup>55</sup>

El Estado cubano despliega importantes acciones y recursos en promoción de salud, prevención de enfermedades, protección y atención de salud a las personas mayores. Entre sus programas priorizados cuenta con el Programa de Atención Integral al Adulto Mayor, ejecutado y rectorado desde el propio Ministerio de Salud Pública.<sup>56</sup> El propósito es elevar el nivel de salud, la satisfacción y la calidad de vida mediante acciones de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación del sector salud en coordinación con otros organismos y organizaciones.<sup>57</sup>

Desde la perspectiva del envejecimiento es válido recordar que éste no es un proceso de causa única, sino el resultado de una compleja asociación de interacciones entre factores intrínsecos y factores extrínsecos.<sup>58</sup>

Los factores intrínsecos obedecen al proceder de causas genéticas, y ejercen influencias en los procesos que determinan la duración de la vida. Mientras que los factores extrínsecos actúan desde las edades más tempranas, como las agresiones de la vida moderna, el estrés, la dieta, el sedentarismo y el consumo de tabaco, que inciden en la aparición de enfermedades cardiovasculares y del cáncer antes de la tercera edad. Solo una política de orden social y sanitaria, que promueva mejores estilos de vida, posibilitará aumentar la expectativa de vida de los ancianos.

58,59

El envejecimiento, como proceso multifactorial, incluye una variedad de cambios que pueden ser considerados por los adultos mayores en un grado de significancia de menor o mayor severidad, según su autovaloración de calidad de vida. Los cambios biológicos incluyen los referentes a la apariencia física, por ejemplo, las canas, las arrugas y el estado de salud, éste último es uno de los conceptos cuya valoración tiene un mayor significado en la calidad de vida; por tanto, cuando ellos perciben deterioro físico y/o funcional, pueden manifestar pesimismo o angustia de padecer alguna enfermedad asociada al envejecimiento. <sup>60</sup>

### **I.3. Salud bucal del Adulto Mayor**

La salud bucal no escapa de los aspectos anteriormente señalados. Existen una serie de factores sociodemográficos que están directamente relacionados con el surgimiento de las enfermedades bucales, como son la edad, el sexo, el nivel de escolaridad, la ocupación, la fuente de ingresos, la satisfacción de las necesidades básicas, el estado de la vivienda, la clasificación y funcionamiento familiar, la vinculación a redes de apoyo, la situación higiénico - sanitaria del entorno, la alimentación adecuada, la presencia o no de hábitos tóxicos, la práctica de ejercicio físico, entre otros. <sup>10-12, 21</sup>

La salud en el adulto mayor se define como salud funcional, que permite vivir a plenitud de acuerdo a las posibilidades y capacidades. El estado de salud general es condicionado además por la salud bucodental. <sup>60</sup>

Padilla y cols. <sup>61</sup> en su artículo resaltan lo que refiere la Organización Mundial de la Salud sobre la salud bucal que es considerada como una parte de la salud general esencial para el bienestar de las personas, e implica estar libre de dolor bucofacial crónico, de cáncer bucal y de faringe, de alteraciones en los tejidos blandos de la boca (lengua, encías y mucosa bucal), de defectos congénitos como lesiones y fisuras del labio y/o paladar, y de otras enfermedades que afecten el complejo craneofacial.

Los conceptos contemporáneos de salud sugieren que el estado bucodental debe definirse como el bienestar físico, psicológico y social en relación con las condiciones de la dentición y de los tejidos duros y blandos. <sup>62</sup>

Otras aproximaciones más integrales, aportan con la ayuda de las ciencias sociales elementos adicionales en la definición de salud bucal entendida esta como: «Un conjunto de condiciones objetivas (biológicas) y subjetivas (psicológicas), que posibilitan al ser humano realizar funciones como masticación, deglución, fonación; además por la dimensión estética inherente a la región anatómica, tener una adecuada autoestima y relacionarse socialmente sin inhibiciones. <sup>62</sup>

La autora la investigación considera que la definición de salud bucal además de incluir las funciones principales de la cavidad bucal, debe incorporarse el componente psicosocial que influye en la autoestima y las relaciones sociales que establece el hombre como ser biosocial.

Las estructuras de la cavidad bucal van sufriendo modificaciones con la edad. En los dientes se resalta el color amarillento, se vuelven más frágiles o quebradizos y menos permeables clínicamente. Esto se relaciona, básicamente, con el proceso de atrición y con el de abrasión del esmalte dentario. La pulpa disminuye la función sensitiva y la elasticidad vascular promoviendo la fibrosis y con ello enfermedad pulpar comprometiendo la permanencia del órgano dental en la cavidad bucal. <sup>10</sup>

El periodonto sufre transformaciones significativas que conllevan a la pérdida dentaria por presencia de la periodontitis. <sup>10</sup> Existe una disminución de la secreción salival, xerostomía puede deberse a

atrofia de las glándulas salivales, escaso consumo de agua y ejercicio físico o a la acción de medicamentos. Se ve afectada la percepción de los sabores. <sup>63,64</sup>

La articulación temporomandibular sufre alteraciones degenerativas. <sup>10,65</sup> Se pierde movilidad en la mandíbula, se dificulta la masticación y movimientos linguales, la deglución de los alimentos es frecuentemente más lenta y con movimientos innecesarios e inusuales. Los adultos mayores completamente desdentados tienen menor capacidad de adecuar los alimentos para su deglución.

65

La atención estomatológica en Cuba está organizada en el Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral que agrupa las acciones de salud dirigidas a mantener al hombre sano. Este garantiza la sistematicidad, uniformidad e integralidad en la ejecución de las acciones de salud bucal interrelacionando todos los elementos del sistema y la comunidad, con el fin de alcanzar un mejor estado de salud bucal, calidad y satisfacción de población y prestadores, en correspondencia con las necesidades de salud de la población. Se aborda el trabajo con los grupos priorizados y dentro de estos el adulto mayor. <sup>66</sup>

La autora de la investigación es del criterio que definir el envejecimiento como un problema de salud unido a otros factores biológicos, psíquicos y sociales, permite diseñar estrategias que ofrezcan las oportunidades para mejorar el estado de salud, la participación activa en la vida y la seguridad de alcanzar calidad de vida deseada. En este sentido mantener a los adultos mayores saludables, funcionales e independientes les permitiría contribuir con su sabiduría y experiencia en el bienestar de la familia y la sociedad.

Rojas Ochoa <sup>5</sup> afirmó que.. "El siglo XXI será el siglo de la aplicación de las ciencias sociales a la solución de los problemas de salud". Según el autor, las acciones de salud poblacional de los sistemas de salud que adopten el enfoque de salud de la población, deberán tener en cuenta:

1) Considerar a todos o casi todas las determinantes sociales de la salud, por lo tanto deben ser integrales e interdisciplinarios.

2) El sector de la salud no puede actuar solo porque la mayoría de los determinantes de la salud están fuera de su competencia, se requiere de la intersectorialidad.

3) Las políticas públicas son herramientas importantes para la salud de la población y no se limitarán al sector de la salud, es decir, serán políticas públicas saludables.

4) Privilegiar la investigación aplicada dirigida a comprender los efectos de los determinantes de la salud, identificar las inequidades en salud y diseñar los mecanismos de intervención más eficaces.

Cuba, país con elevados niveles de envejecimiento demográfico y en condiciones económicas subdesarrolladas, tendrá que delimitar en su modelo de desarrollo la calidad de vida que prevé garantizar para sus mayores en el futuro inmediato, en correspondencia con las características propias y reales que su contexto condiciona. El Estado tendrá que reajustar y/o diseñar nuevas políticas de protección social al colectivo de mayores, atemperadas a las singularidades de este grupo etario.<sup>55</sup>

#### **I.4. Intersectorialidad en la salud cubana**

La salud es un problema social, por tanto, las acciones tienen que ser sociales por lo que resulta importante la participación de otros sectores y de la comunidad en la implementación de acciones para preservar la salud.

La intersectorialidad constituye una vía esencial para mejorar la calidad de vida de la población de 60 años y más.<sup>67</sup> Castell Florit Serrate y cols.<sup>16</sup> señalan que la intersectorialidad se presenta como solución y problema, y por consiguiente, la primera tarea del sector salud consiste en preparar a las fuerzas de poder y las fuerzas sociales para asumirla. Solamente de esta forma podrá lograr las transformaciones a los problemas que determinan o influyen en el bienestar de la población.

El sector salud debe ser un actor clave en la formulación de una agenda sanitaria a partir de la cual se diseñen, planifiquen y/o ejecuten políticas, programas o acciones en conjunto o en otros sectores con la finalidad de actuar sobre los Determinantes Sociales de Salud y factores generadores de inequidades en salud.<sup>59</sup>

Castell Florit Serrate y cols.<sup>68</sup> añaden que las intervenciones para el empoderamiento intersectorial por la salud pública deben, ajustarse a las particularidades culturales, barreras y facilidades de los niveles locales, así como fomentar el trabajo en grupos, estimular la participación genuina basada en los hechos, construir espacios de trabajo donde fluya la comunicación. Del mismo modo desarrollar capacidades para el control sobre los recursos y el acceso a información relevante.

Argumenta Castell Florit Serrate<sup>69</sup> que existen factores condicionantes que influyen en el logro de la intersectorialidad, como es la voluntad política que con su actuación convierte en realidad el bienestar, la salud y la calidad de vida de la población. Entre los factores desencadenantes se encuentran aquellos que tienen la posibilidad de ofrecer un cambio o simplemente sean los protagonistas, los que trabajan en equipo, los que lleguen al consenso, los que crean y los que orientan socialmente el propósito común. Dentro de los factores determinantes se encuentran todos los sectores que se incorporen dentro del consenso para la toma de decisiones y para la cooperación en alcanzar la verdadera intersectorialidad.

Los factores favorecedores del desarrollo de la intersectorialidad en la salud cubana son en primer lugar la voluntad política, un Sistema Nacional de Salud único, contar con la comisión de salud, reestructuración de los órganos de administración local, descentralización del sector de la salud, movimiento de municipio por la salud, programa de salud y calidad de vida, los proyectos de desarrollo municipal, provincial y la base legal.<sup>69,70</sup>

La intersectorialidad se desarrolló y consolidó en Cuba primero como filosofía y como tecnología después. Se enmarca dentro de los principios básicos conceptuales de una tecnología apropiada, porque forma parte de políticas y estrategias para el desarrollo sostenible de la salud a nivel nacional o internacional. Como tecnología, la intersectorialidad se basa en la aplicación del conocimiento científico a la solución de problemas prácticos a través de una cultura que provee métodos y medios para interactuar con el entorno social y físico, para así mejorar las condiciones de vida. Su concepción tecnológica en salud está dada por la generación de conocimientos,



capacidades, destrezas técnicas, instrumentos y herramientas que se han producido a partir de los diferentes estudios e investigaciones, que posibilitan una mayor eficacia en la producción de salud.

71

Si todos estos elementos se aprovechan conscientemente, la intersectorialidad dejará de ser solo un importante principio de la salud pública cubana, para convertirse en un importante motor de cambios y mejoras en los procesos de producir salud, al lograr incorporar elementos de efectividad, eficiencia y sostenibilidad imprescindible para el éxito actual y futuro del sistema. <sup>70</sup>

La Región de las Américas, junto con el resto del mundo, se prepara para enfrentar los grandes retos que supone la atención de la agenda de desarrollo sostenible 2030. Entre los 17 objetivos se destacan la salud y el bienestar, la reducción de la inequidad y la acción sobre una amplia gama de determinantes sociales y ambientales de la salud. <sup>72</sup>

Entre las muchas lecciones aprendidas en el camino hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio se destaca una primicia fundamental en estos tiempos de cambio: la primacía del principio de equidad como imperativo ético para orientar, informar y definir las prioridades de la acción política en materia de salud y bienestar. Enraizado en el movimiento "Salud para Todos" y el legado de Alma Ata, el principio de equidad debe continuar inspirando la esencia de universalidad e inclusión social requerida para implementar la agenda mundial y regional, eliminar las inequidades sociales en la salud y alcanzar los objetivos de desarrollo sostenible. <sup>72</sup>

### **I.5. Estrategias en salud**

La palabra estrategia proviene del griego stratós ("ejército") y ago ("dirigir") y aunque en su surgimiento sirvió para designar el arte de dirigir las operaciones militares, luego, por extensión, se ha utilizado para nombrar la habilidad, destreza, pericia para dirigir un asunto. Independientemente de las diferentes acepciones que posee, en todas ellas está presente la referencia que la estrategia sólo puede ser establecida una vez que se hayan determinado los objetivos a alcanzar. <sup>73</sup>

En 1944 el término se incluye en el escenario económico y académico por Von Neuman con la

teoría de los juegos donde la clave es la competición. En 1962 se introduce en el campo de la teoría de Management por Alfred Chandler, en la década del 70 se aplica a la esfera de la administración, pero con una dimensión social y en los años 80, en la rama educacional. <sup>73,74</sup>

El concepto de estrategia ha sido objeto de múltiples interpretaciones, de modo que no existe una única definición.

Otros autores la definen como; un “Sistema de actividades teórico-prácticas para instrumentar el proceso de enseñanza-aprendizaje escolar. Está representada por las acciones didácticas para la aplicación de los principios, contenidos, métodos, medios y formas de evaluación a un proceso educativo determinado como parte del currículo” <sup>75</sup>.

Sosa y Frómata <sup>74</sup> entienden por estrategia el procedimiento o conjuntos de procedimientos seleccionados por el que se organiza secuencialmente la acción en orden para alcanzar las metas previstas.

En la literatura se pueden encontrar: estrategias de enseñanza, estrategias de aprendizaje, estrategias de enseñanza-aprendizaje, estrategias o técnicas didácticas, estrategias docentes, en los momentos actuales la utilización de diversos métodos de enseñanza-aprendizaje, donde el estudiante sea protagonista de su propio proceso. En tal sentido, los profesionales de la educación deben estudiar, seleccionar y aplicar clasificaciones de autores contemporáneos que marquen la diferencia entre los más apropiados a este nivel de enseñanza de los utilizados en otros, sin menospreciar las ventajas que brindan los tradicionales. <sup>76</sup>

Casanova Moreno y cols. <sup>77</sup> reflexionan que, las estrategias son procedimientos usados para aprender, manejar, dirigir y controlar el propio aprendizaje en diferentes contextos.

Riaño Casallas y cols. <sup>78</sup> al respecto añaden que, en los años 50 del siglo pasado se comenzó a introducir el concepto de estrategia con el propósito de difundir en las empresas una perspectiva que les permitiera expandir su actuación y mejorar su desempeño frente a los cambios sociales, económicos y políticos del entorno.

A mediados de la década de los años 90 el Ministerio de Salud Pública comienza a realizar un diagnóstico de la situación del Sistema Nacional de Salud cubano con la finalidad de trazar estrategias para la recuperación del sector centradas en mejorar la calidad de los servicios, la eficiencia, la efectividad y mantener la equidad. <sup>76</sup>

El organismo adoptó, desde el punto de vista organizativo, estrategias fundamentales y priorizó cuatro programas básicos para continuar perfeccionándose, sin tomar medidas de restricción de los servicios de salud u otras medidas de corte neoliberal. Estas estrategias fueron la reorientación del Sistema Nacional de Salud hacia la Atención Primaria de Salud y su pilar fundamental: el médico y la enfermera de la familia; la revitalización de la atención hospitalaria; la reanimación del trabajo de los programas de tecnología de punta e institutos de investigaciones; la consolidación del Programa Nacional de Medicamentos y el Desarrollo de la Medicina Natural y Tradicional. De igual forma la atención priorizada a otros importantes aspectos como son: la asistencia estomatológica, los servicios de óptica, el mantenimiento de las instituciones de asistencia social, el subsistema de transporte sanitario, los complejos de servicios, y se incluyeron los aspectos relacionados con el plan de inversiones y la profundización en los sistemas de costos. <sup>79</sup>

Dentro de las estrategias a ejecutarse en el nivel primario de atención está lo relacionado con el análisis de la situación de salud para convertirlo en una herramienta útil para los servicios de salud y no en el discurso sino en la práctica, esencialmente, en los niveles locales. Las intervenciones primarias en salud son difíciles de realizar, requieren apoyo de equipos multidisciplinarios e instituciones para generar impacto positivo en las comunidades. <sup>79</sup>

Es importante realizar mayor número de intervenciones comunitarias con participación estatal y de la comunidad, y utilizan estrategias científicas de evaluación con el fin de establecer más objetivamente los resultados de las intervenciones.

La estrategia para el acceso y la cobertura universal de salud de la Organización Mundial de Salud, también llamada “Salud Universal” se posiciona como la principal herramienta para alcanzar la salud

para todos en el siglo XXI. Los países de la región han logrado avances en este sentido, Cuba es uno de los países que muestra mayores avances.<sup>80</sup>

Martínez Calvo<sup>81</sup> refiere la existencia de estrategias que garantizan la cobertura universal de salud, estas se vinculan más a la renovación de la práctica epidemiológica en los servicios de salud, siempre orientada a mantener y mejorar la situación de salud de individuos, familias y comunidades, reconoce que las capacidades del Sistema Nacional de Salud en cuanto a la dirección, la atención médica, y la formación y superación de los recursos humanos, señala además que aún no se ejecuta con amplitud la estrategia para el enfoque de las Determinantes Sociales de Salud en la práctica epidemiología de los servicios.

Para lograr un envejecimiento saludable, la Atención Primaria de Salud ha trazado una estrategia de cuidados a largo plazo y a nivel comunitario, ha incrementado los servicios y especialistas de geriatría en el país, y la capacitación de los profesionales en materia de envejecimiento.<sup>82</sup>

La sistematización de los referentes teóricos<sup>65,75,77-79,83</sup> sobre los distintos enfoques de estrategias diseñadas, permitió a la autora de la investigación concebir la estrategia como un sistema de acciones organizadas que deben seguir un plan o secuencia para solucionar un problema.

Se manifiestan las siguientes regularidades en las investigaciones revisadas:<sup>77,78,83</sup>

- Presentan una etapa de diagnóstico, donde se identifica la situación inicial de los aspectos que se quieren intervenir
- Fundamentación donde se describen los aspectos generales del tipo de estrategia que se va a diseñar, su finalidad y características del contexto donde se aplicará
- Tienen una estructura que puede variar según el objeto a intervenir en la estrategia
- Cuentan con objetivos generales y específicos
- Describen planes de acción o actividades, bien estructuradas, con fechas de ejecución
- Sistema de evaluación sistemática mediante el monitoreo en el proceso de implementación y evaluación de resultado final y retroalimentación

## **Conclusiones del capítulo I**

En este capítulo, se abordaron algunos de los paradigmas del desarrollo histórico de la epidemiología y dentro de ellos, las Determinantes Sociales de Salud y sus dimensiones, donde se destaca la dimensión de los servicios de salud por su impacto en la salud bucal de la población en específico de los adultos mayores. Se hace un análisis del proceso de envejecimiento poblacional en particular, la situación de este fenómeno en Cuba, por el reto que representa en materia de políticas sociales, infraestructura y servicios de atención de salud a este grupo poblacional, por lo que se asume la intersectorialidad como solución a los problemas de salud y calidad de vida de la población adulta mayor afectados por las determinantes sociales de la salud. Se realizó una valoración de los referentes teórico - metodológicos sobre estrategias que revelaron los fundamentos y regularidades que se asumen en esta investigación

## **CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO**

## **CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO**

En el capítulo se exponen los métodos, técnicas y secuencia de las diferentes etapas de la investigación, los procedimientos seguidos para la obtención de los resultados previstos en los objetivos, así como los aspectos éticos tenidos en cuenta.

### **II.1. Clasificación de la investigación**

La investigación clasifica como un estudio de desarrollo e innovación tecnológica, su producto es una estrategia intersectorial sobre las Determinantes Sociales de Salud que influyen en las condiciones de salud bucal de los adultos mayores del municipio Plaza de la Revolución realizada en el período del 2017 al 2020.

La investigación se estructuró en tres etapas que dieron respuesta a los objetivos trazados.

### **II.2. Etapas de la investigación**

**Primera Etapa:** fase de diagnóstico, en ella se identificaron las Determinantes Sociales de Salud y las condiciones de salud bucal de los adultos mayores.

**Segunda Etapa:** fase de diseño de la estrategia intersectorial.

**Tercera Etapa:** fase de validación de la estrategia intersectorial.

### **II.3. Métodos de investigación**

Para la conformación de la fundamentación teórica y metodológica de la investigación, se emplearon las operaciones lógicas del pensamiento: análisis y síntesis, abstracción, generalización, inducción, deducción, necesarias para la revisión de diferentes fuentes bibliográficas vinculadas al tema.

#### **II.3.1. Métodos del nivel teórico**

**Revisión bibliográfica:** se desarrolló una cadena de búsqueda de la información, a partir de identificar distintas fuentes electrónicas, fundamentalmente de Internet, archivos de la institución y bibliotecas en red, se emplearon palabras claves como determinantes sociales de la salud, envejecimiento poblacional, adulto mayor, salud bucal, relacionándolas entre sí. Se utilizó como motor de búsqueda Google Scholar, se consultaron las bases de datos MedLine, LILACS y ScieLO,

y la colección de artículos académicos de la Biblioteca Virtual de Salud, además de sitios de organismos y organizaciones como Comisión Económica para América Latina, Organización de las Naciones Unidas para la Educación la Ciencia y la Cultura, Banco Mundial, Banco Interamericano de Desarrollo, Organización Panamericana de la Salud, entre otros.

Los límites de la búsqueda para los artículos científicos y académicos fueron: publicaciones a texto completo, en idioma inglés y español, de los últimos 20 años relacionados con investigaciones en el área de la atención de salud del adulto mayor, las Determinantes Sociales de Salud y la Salud Pública. Se obtuvieron más de 643 artículos. También se consultaron documentos rectores del Ministerio de Salud Pública y otros documentos publicados.

Se analizó cada uno de los documentos encontrados y se seleccionaron artículos científicos, académicos y otros documentos, desde su vigencia, actualidad, así como sus citas y se clasificaron según área de correspondencia con el tema.

Se realizó una evaluación de los resultados mediante el análisis directo de contenido, donde la información obtenida fundamentó el estado del arte, contribuyó a caracterizar la situación actual de la temática de investigación y aportó el sustento teórico para el diseño de la estrategia intersectorial sobre las Determinantes Sociales de Salud para mejorar las condiciones de salud bucal de los adultos mayores del municipio Plaza de la Revolución.

**Histórico-lógico:** permitió realizar una reseña del surgimiento y evolución de las tendencias históricas que sustentan el fenómeno estudiado, lo que permitió estudiar el problema de investigación en el tiempo, en el contexto local, nacional e internacional de las Determinantes Sociales de Salud, el adulto mayor y de las intervenciones comunitarias intersectoriales.

**Análisis y síntesis:** se realizó un análisis y resumen de toda la información obtenida según las fuentes consultadas. También este método permitió analizar los resultados del procesamiento y presentación de los datos obtenidos a través de toda la investigación para alcanzar los objetivos propuestos.



**Sistematización:** permitió el estudio teórico de las definiciones relacionadas con las Determinantes Sociales de Salud y las condiciones de salud bucal del adulto mayor y el diseño de estrategias intersectoriales que permitieron intervenir el problema y brindar una solución lo que facilitó la identificación de regularidades relacionadas con el tema de investigación.

**Sistémico estructural funcional:** posibilitó establecer y analizar los nexos entre los componentes que intervienen en los distintos sectores de la sociedad y su relación con las Determinantes Sociales de Salud y la salud bucal de los adultos mayores, la relación de los aspectos objetivos y subjetivos que posibilitaron establecer el carácter sistémico y de continuidad del estudio en las diferentes etapas.

### **II.3.2. Métodos del nivel empírico**

De los métodos de nivel empírico se emplearon la observación de las condiciones de vida del entorno y las familias, la encuesta en forma de cuestionario para indagar sobre las Determinantes Sociales de Salud de los adultos mayores, la entrevista a informantes claves mediante la técnica de grupo nominal y el criterio de expertos para la validación de la estrategia.

### **II.4. Primera Etapa. Identificación de las condiciones de salud bucal de los adultos mayores relacionados con las Determinantes Sociales de Salud que se incluyeron en el estudio**

**II.4. 1. Universo y muestra:** el universo quedó conformado por 35772 individuos de 60 años y más del municipio Plaza de la Revolución. De los que se escogió una muestra de 1569 adultos mayores determinada a partir de la siguiente expresión:

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0 - 1}{N}}, \text{ donde } n_0 = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 PQ}{E_o^2}$$

Siendo:

*P*: Prevalencia estimada en estudios anteriores

*Q*:  $1 - P$

$Z_{1-\alpha/2}$ : Percentil de la distribución normal

$E_0^2$ : Cuadrado del máximo error admisible

$n$ : Tamaño de muestra

$N$ : Tamaño poblacional

Se utilizó un  $\alpha = 0.05$ , una  $P = 30$  por ciento,  $Q = 70$  por ciento y  $E_0 = 3.0$ .

Para la selección definitiva se utilizó el muestreo estratificado Polietápico (MEP), cuyo algoritmo se expone a continuación

**1er paso:** se definieron los estratos tomando en cuenta todas las áreas de salud del municipio Plaza de la Revolución.

- Policlínico Mártires del Corintia
- Policlínico Rampa
- Policlínico Héroes del Moncada
- Policlínico Vedado
- Policlínico 19 de abril
- Policlínico Plaza de la Revolución
- Policlínico Puentes Grandes

Se utilizó como criterio de estratificación las siete áreas de salud en que se encuentra dividido el Municipio según Ministerio de Salud Pública. (Unidades de Primera Etapa).

**2do paso:** de las áreas de salud se seleccionaron aleatoriamente las siguientes:

- Policlínico Rampa
- Policlínico Héroes del Moncada
- Policlínico Plaza de la Revolución
- Policlínico Puentes Grandes

**3er paso:** selección de los conglomerados. En este caso de todos los grupos básicos de cada policlínico, se seleccionó al grupo básico 1 y se escogió al azar un consultorio médico.

**4to paso:** se seleccionaron las unidades de análisis dentro de cada conglomerado.

La selección de los ancianos dentro de cada conglomerado se realizó mediante la relación que brindó el médico de familia de los dispensarizados, los que fueron incorporados al estudio hasta alcanzar el tamaño muestral necesario de 1569, en el caso de que no fue suficiente se continuó con el consultorio más cercano.

La muestra quedó conformada por 1569 adultos mayores de ambos sexos, que dieron su consentimiento informado por escrito para participar en la investigación. (Anexo 1)

**Criterios de selección:** pacientes de 60 y más años, de ambos sexos que no presentaron desórdenes psíquicos y mentales que imposibilitaran su comunicación o el examen físico bucal. Paciente que accedió de forma voluntaria a colaborar en la investigación.

**Criterios de salida:** pacientes que por voluntad propia abandonaron la investigación.

#### **II.4. 2.Obtención de la información**

Para indagar sobre los aspectos relacionados con las Determinantes Sociales de Salud se realizó la observación de las condiciones de vida del entorno y las familias (Anexo 2) y se hizo una entrevista estructurada, auto administrada (Anexo 3) a los sujetos incluidos en el estudio.

Se consultó el análisis de la situación de salud y las historias de salud familiar correspondientes a cada sujeto incluido en la investigación para indagar sobre condiciones de vivienda, la familia, hábitos tóxicos, presencia de enfermedades crónicas. (Anexo 4)

La evaluación de las condiciones de salud bucal se realizó mediante el examen clínico de la cavidad bucal en la vivienda de cada adulto mayor, utilizó el instrumental constituido por espejo plano, pinza de algodón y explorador, se siguieron las condiciones de asepsia y antisepsia cumpliendo con las medidas de protección para el investigador y el paciente.

Los datos se registraron en una planilla confeccionada para estos fines. (Anexo 5)

#### **II. 4.3 Operacionalización de Variables**

**II.4.3.1 Condiciones de salud bucal:** para evaluar la salud bucal de los adultos mayores se definieron los siguientes criterios

- **Buenas:** se consideró cuando el adulto mayor no tiene afectaciones estéticas ni masticatorias por tener más de 20 dientes presentes y funcionales, no presentar enfermedades bucales, (caries dental, periodontopatías y lesiones premalignas y malignas de la cavidad bucal).
- **Regulares:** se consideró a aquellos adultos mayores que tenían entre 15 y 19 dientes funcionales, tienen rehabilitados los dientes ausentes y presentaron enfermedades bucales como caries dental, periodontopatías y lesiones premalignas y malignas de la cavidad bucal.
- **Malas:** se consideró cuando los adultos mayores tienen menos de 15 dientes y no estaban rehabilitados protésicamente, además presentaron lesiones malignas de la cavidad bucal.

#### **II.4.3.2 Dimensiones de las Determinantes Sociales de Salud**

**Dimensión demográfica:** esta incluyen los grupos etarios, género biológico, etnias, razas, en el estudio se tomó la edad y sexo.

**Edad:** se consideró agruparlos en la tercera edad, en este grupo pertenecen los adultos mayores comprendidos entre los 60 a 74 años; la cuarta edad que comprende a los que tienen entre 75 a 89 años; los longevos que incluyen a los adultos mayores entre 90 a 99 años y los centenarios que son los de 100 años y más.

**Sexo:** según sexo biológico se agruparon en femenino y masculino

**Dimensión medio ambiente:** se consideró el entorno que condiciona y afecta las circunstancias de vida del adulto mayor.

**Condiciones de la vivienda:** se utilizó la tipología de vivienda en el momento de la aplicación de cuestionario agrupando criterios que permitió establecer la siguiente escala para esta variable, a partir de lo establecido en el Censo de Población y Vivienda de 2012. <sup>84</sup>

- **Buena:** viviendas de mampostería sin afectaciones estructurales evidentes o con afectaciones menores; servicio sanitario interior, adecuado sistema de evacuación de

residuales, buena iluminación y ventilación, con abasto de agua diario o posee recipientes suficientes para el almacenamiento que le permita cubrir las necesidades fundamentales y un sistema de eliminación de residuales líquidos.

- **Regular:** vivienda de mampostería con afectaciones estructurales moderadas, servicio sanitario interior y buena evacuación de residuales.
- **Mala:** vivienda de mampostería con serias afectaciones estructurales, de madera o materiales ligeros. Ausencia de servicio sanitario interior. No cuenta con sistema para evacuación de residuales o este es deficiente. Pésimas condiciones de iluminación y ventilación.

**Situación higiénico - sanitaria del entorno:** se obtuvo mediante la observación y la clasificación establecida para la confección del análisis de la situación de salud del consultorio médico.

- **Buenas:** cuando se apreció un entorno con buena higiene, sin presencia de microvertebrados ni vectores, el sistema de eliminación de los residuales líquidos estuvo en buenas condiciones sin presencia de vertimientos, la recogida de los desechos sólidos es diariamente y los recolectores estaban en buen estado y protegidos.
- **Regulares:** cuando se apreció entorno con dificultades en la higiene, pequeños microvertebrados, no se observó presencia de vectores, pero sí animales callejeros como gatos y perros, la recogida de residuales sólidos es en días alternos.
- **Malas:** cuando se apreció poca o ninguna higiene, presencia de desechos sólidos, recolectores en mal estado y en ocasiones no existen, ineficiente recogida de los mismos, abundan vectores, presencia de salideros de agua y residuales líquidos.

**Familia:** se consideró la estructura y funcionamiento familiar. Se utilizó la clasificación de la familia según Fernández Ramírez y cols.<sup>85</sup>

## **Estructura**

- **Nuclear:** cuando estaban presentes hasta dos generaciones padres e hijos, hermanos solos, matrimonio con o sin hijos.
- **Extensa o extendida:** cuando estaban presentes hasta dos generaciones o más hijos casados con descendencia o sin ella.
- **Ampliada o mixta:** cualquier tipo de familia que rebasa las anteriores estructuras y pueden estar presentes otros parientes o amigos.

### **Funcionamiento**

- **Funcional:** cuando existe relación armónica entre los miembros, comprensión y respeto por el anciano.
- **Disfuncional:** cuando existe rechazo al adulto mayor y no hay relación armónica de la familia.

**Dimensión modo y estilo de vida:** se consideró incluir en esta dimensión aquellas variables que constituyen riesgo para la salud del adulto mayor.

**Nivel educacional:** se consideró según el último grado de enseñanza terminada por el adulto mayor.

- Primaria
- Secundaria
- Preuniversitaria
- Universitaria

**Hábitos alimentarios:** se consideraron los comportamientos que conducen a las personas a seleccionar, consumir y utilizar determinados alimentos o dietas, en respuesta a influencias sociales y culturales.

- **Adecuados:** se consideró cuando existe una dieta balanceada, con presencia de vitaminas proteínas y minerales, en menos grado la presencia de dieta rica en carbohidrato. No

ingiere los alimentos muy calientes ni picantes, hay un horario establecido para la realización de la alimentación.

- **Inadecuados:** cuando la dieta no las condiciones anteriores.

**Ingestión de bebidas alcohólicas:** se consideró el que no consume, al que nunca bebe alcohol; Si al bebedor social, que solo lo consume para compartir; el que bebe de forma importante y el que es incapaz de abstenerse al alcohol.

- **Si:** se consideró cuando ingiere algún tipo de bebida alcohólica independientemente de la cantidad y frecuencia.
- **No:** no ingiere

**Hábito de fumar:**

- **Si:** se consideró cuando fuma cigarrillos o tabaco independientemente de la cantidad y frecuencia
- **No:** cuando no fuma

**Práctica de ejercicios físicos:** se consideró a la actividad física que se planifica y se sigue regularmente.

- **Si:** cuando realiza ejercicios físicos al menos con una frecuencia de tres veces a la semana.
- **No:** cuando no realiza o lo practica menos de tres veces a la semana.

**Vinculación a los círculos de abuelo:** se consideró cuando el adulto mayor está integrado y participa en las actividades culturales, deportivas y recreativas.

- **Si:** cuando está integrado a los círculos de abuelos.
- **No:** cuando no está integrado a los círculos de abuelos.

**Satisfacción de las necesidades básicas:** se consideró cuando es posible identificar si cuentan (o no) con los recursos para adquirir bienes y servicios que satisfagan sus necesidades alimentarias y no alimentarias. <sup>86-88</sup>

- **Si:** cuando expresa que satisface las necesidades básicas de vida, alimentación, vestimenta, aseo y recreación con los aportes económicos recibidos por su trabajo, pensionados o jubilación u otras.
- **No:** cuando es imposible poder cubrir las necesidades básicas antes descritas.

**Dimensión servicios de salud:** se consideró en esta dimensión a la percepción y expectativas de los adultos mayores sobre la utilización de los servicios estomatológicos relacionadas con barreras físicas, que estas incluyen las relacionadas con la disponibilidad y suministro general de los servicios incluyendo los horarios, limitación de turnos, además de la distancia a que se encuentran los establecimientos de salud.

- **Adecuado:** cuando la percepción es positiva y cumplieron sus expectativas
- **Inadecuado:** cuando respondió negativamente

## **II.5. Segunda Etapa. Elaboración de la estrategia intersectorial**

Para la elaboración de la estrategia se tuvieron en cuenta las generalizaciones y sistematización realizadas por la autora de la investigación contenida en el marco teórico que fundamenta la propuesta y los resultados de la primera etapa de la investigación que permitió la identificación del contexto donde se desarrolló la estrategia.

### **II.5.1. Fase preparatoria**

#### **II.5.1.1. Selección del equipo técnico que llevó a cabo la elaboración de la estrategia intersectorial**

La creación del equipo técnico siguió el criterio de selección de una muestra de especialistas que compartían características comunes. En orden de prioridad: experiencia de dirección, categoría docente, doctores en ciencia, especialistas de segundo grado, que tuvieran al menos 10 años de experiencia profesional, con disposición a participar en la investigación.

Primeramente, se hizo un listado de los posibles sujetos a seleccionar a partir de las características antes expresadas. Posteriormente se solicitó al departamento de cuadro de la institución los



currículos de vida de cada uno (Anexo 6) para comprobar los estudios de posgrado realizados en el tema a investigar, las publicaciones de los últimos 10 años, participación en eventos a distintos niveles. A todos se les solicitó el consentimiento informado. (Anexo 7)

### **II.5.1.2. Selección de los actores sociales implicados en la elaboración e implementación de la estrategia intersectorial**

Garcés González y Díaz Hurtado definen a los actores sociales como “aquellas personas o instituciones que desempeñan roles en los procesos de desarrollo local”<sup>89</sup>.

Para seleccionar los actores sociales que participaron en la etapa inicial de elaboración de la estrategia de acciones intersectoriales se siguió la siguiente metodología:

1. Delimitación del área donde se implementó la estrategia intersectorial. (Municipio Plaza de la Revolución) seleccionándose cuatro áreas de salud:

- Policlínico Rampa
- Policlínico Héroes del Moncada
- Policlínico Plaza de la Revolución
- Policlínico Puentes Grandes

2. Caracterización de los actores sociales.

Para ello se elaboró un listado de personas, grupos, organizaciones e instituciones (actores sociales) que cumplieron las siguientes características: (Anexo 8)

- Se afectaban de manera significativa con la propuesta.
- Poseían información, conocimiento y experiencia acerca del tema de la propuesta.
- Controlarían o influenciarían la implementación de la propuesta.

3. Análisis y selección de los actores

Para la selección de los actores se tuvieron en cuenta las siguientes categorías: su posición que podía ser a favor, en contra, indiferente/indeciso; el interés que podía ser mucho interés, poco

interés o ningún interés, y el grado de influencia que podía ser alta influencia, moderada influencia o poca o ninguna influencia.

Para seleccionar a los actores sociales se tuvieron en cuenta los valores que les asignó el equipo técnico a cada uno, con valores para cada categoría en escala descendente de tres puntos hasta un punto y se promedió el resultado de los valores dados a cada categoría. Se seleccionaron los actores con promedios de 2 y 3 puntos.

## **II.5.2. Fase de diseño de la estrategia intersectorial**

### **II.5.2.1. Análisis de las causas y efectos de la problemática identificada en la primera etapa de la investigación**

Para realizar el análisis causa - efecto de la problemática identificada en la primera etapa de la investigación se convocó al equipo técnico seleccionado a los que se les informó el objetivo, hora y lugar de la reunión.

#### **Técnica de árbol de problemas**

- Primeramente, se realizó la técnica de lluvia de ideas <sup>90</sup> la que facilitó la identificación de los problemas relacionados con las condiciones de salud bucal de los adultos mayores, Los cuales fueron listados en una pizarra.
- A partir de ese listado de problemas se identificó el problema central.
- Se identificaron las causas que provocaron el problema central.
- Se identificaron los efectos provocados por el problema central.
- Se elaboró el esquema de relaciones causa y efecto en forma de árbol problemas.

#### **Grupo Nominal**

Para obtener información acerca posibles soluciones a tener en cuenta en la estrategia intersectorial se realizó una reunión con los actores sociales seleccionados con anterioridad se contactaron a los participantes, se les solicitó de forma escrita el consentimiento informado de los actores sociales. (Anexo 9) y se les informó sobre el tema, objetivo, hora y local de la reunión.

La autora de la investigación fue la moderadora, se seleccionó un observador y un registrador. Se proporcionó tarjetas y lápiz para todos los participantes, una pizarra acrílica y plumones, también se garantizó una computadora portátil y un proyector de video. Se establecieron los convenios iniciales y se informó la forma en que se desarrollaría la reunión.

La técnica tuvo los siguientes momentos:

**Primer momento:** la autora de la investigación hizo una presentación del diagnóstico de la primera etapa de la investigación y los resultados del árbol de problemas.

**Segundo momento:** se les pidió a los participantes que escribieran en la tarjeta las ideas acerca de cómo perciben el papel de la participación intersectorial en la influencia que ejercen los Determinantes Sociales de Salud en las condiciones de salud bucal de los adultos mayores del municipio Plaza de la Revolución y anotaran la mayor cantidad posible en un período entre 15 y 20 minutos.

**Tercer momento:** cada participante dio lectura a sus ideas, las que se escribieron en la pizarra a la vista de todos, de esta forma se discutieron y las duplicadas se eliminaron. Cada integrante del grupo votó por las ideas, se estableció un orden de prioridad, donde 1 fue el menor valor de importancia y 5 el máximo.

**Cuarto momento:** se presentaron todas las acciones intersectoriales que conformaran la estrategia, se obtuvo un ordenamiento de las ideas por consenso, de la más importante a la menos importante.

#### **II.5.2.2. Fase de construcción de la estrategia intersectorial**

La construcción de la estrategia intersectorial siguió el orden siguiente:

- Definición de su base teórica
- Determinación de sus requerimientos
- Características y rasgos de la estrategia
- Definición de misión y visión

- Definición de sus objetivos estratégicos por dimensión
- Determinación de las etapas
- Acciones intersectoriales
- Descripción de criterios de medida e indicadores
- Implementación
- Evaluación

## **II.6. Tercera Etapa. Validación de la estrategia intersectorial**

Para la validación de la estrategia intersectorial se utilizó el criterio de expertos mediante el método Delphi.<sup>91</sup>

### **II.6.1 Método Delphi**

La aplicación del método Delphi se realizó en tres fases:

**Fase preliminar:** en esta fase se delimitó el contexto y diseño de los elementos a consultar y se seleccionaron los expertos, para ello se siguió el criterio de selección de una muestra de expertos cuyas unidades compartían rasgos similares como: experiencia en la dirección de la Atención Primaria de Salud, de clínicas estomatológicas, especialistas de primer o segundo grado en administración de salud, máster en Salud Pública, Salud Bucal Comunitaria y Odontogeriatría, que tuvieran al menos cinco años de experiencia profesional, conocimientos acerca del tema que se investiga, disposición a participar en la investigación, capacidad de análisis y pensamiento crítico.

A todos se les solicitó el consentimiento informado (Anexo 10). Los expertos autoevaluaron su competencia a través de una encuesta (Anexo 11), y se obtuvo información acerca del conocimiento que poseía sobre el tema.

Para ello se calculó el coeficiente de competencia (K)<sup>92</sup> en el tema de investigación. mediante la fórmula:  $K = \frac{1}{2} (Kc + Ka)$  siendo (Kc) el coeficiente de conocimiento del especialista el que se toma sobre la base de la autoevaluación presentada en escala creciente del 1 al 10, el que fue calculado mediante una tabla donde se solicitó al especialista que marcara con una "X" entre el intervalo del 1

al 10, el nivel de conocimientos que poseía sobre el tema antes referido luego se multiplica por 0.1; el coeficiente de argumentación o fundamentación ( $K_a$ ) de cada uno de los expertos según las fuentes de argumentación se calculó con respecto a una tabla patrón (Anexo 12). Se consideró el coeficiente de competencia en cuanto a:

Si  $0,8 < K < 1,0$ ; el coeficiente de competencia es alto

Si  $0,5 < K < 0,8$ ; el coeficiente de competencia es medio

Si  $K < 0,5$ ; el coeficiente de competencia es bajo

El criterio de los expertos fue sobre la base de los que autoevaluaron su competencia en un nivel alto. Los expertos invitados a participar fueron 21 y se seleccionaron 12, teniendo en cuenta su nivel de competencia.

**Fase exploratoria:** se garantizó que los expertos seleccionados pudieran constatar a través del formato digital la propuesta de la estrategia intersectoriales sobre las Determinantes Sociales de Salud para mejorar la salud bucal de los adultos mayores, que fueron enviadas por correo electrónico, dieron su valoración en cuanto a: factibilidad, aplicabilidad, generalidad, pertinencia, originalidad y validez.

Los criterios se midieron en una escala tipo Likert con cinco categorías en orden descendente: muy adecuado (5), bastante adecuado (4), adecuado (3), poco adecuado (2) e inadecuado (1) además de una pregunta abierta para expresar valoraciones cualitativas de cada experto acerca de la retirada o la introducción de algún ítem y para brindar sugerencias. (Anexo 13)

Para evaluar la conveniencia de la asignación directa de valores a las respuestas de la escala ordinal en la valoración por parte de los jueces participantes en el Panel de Expertos, se aplicó el desarrollo del modelo de Torgerson<sup>93</sup> (Anexo 14), a través de los siguientes pasos:

1. A partir de las valoraciones, se calcularon las frecuencias absolutas de respuesta y las frecuencias acumuladas, así como la frecuencia acumulada relativa, obtenida del cociente

entre la frecuencia acumulada en las respuestas y el número de respuestas existentes o número de expertos, al expresar esta última con dos cifras decimales.

2. Mediante las frecuencias relativas acumuladas se procedió al cálculo de los puntos de corte y sus respectivas escalas de indicadores por medio de los valores normales estándar inversos de las propias probabilidades acumuladas de cada indicador en cada pregunta. Para ello se empleó la aproximación al valor más cercano de la curva Normal Estándar de la probabilidad acumulada.
3. A los valores calculados se añadió la columna "Promedio", obtenida del cálculo del promedio de los valores hallados por fila. De forma similar se estimaron los Puntos de Corte, calculando estos como el promedio de los valores de la función estándar inversa por cada uno de los valores de escala (columnas). Se determinó también el valor de Límite N, a través del promedio de los Puntos de Corte (cuyo resultado será el mismo que el promedio de los promedios de cada categoría) y que delimitarán los verdaderos rangos de intervalo a los que pertenece cada categoría.
4. Para determinar la pertenencia real de los rangos de cada categoría para cada ítem se estimó el valor N-P, obtenido como la diferencia del valor límite menos el valor promedio de cada ítem.
5. Finalmente, a través de la comparación de valor N-P de cada ítem con los puntos de corte y límites de rango de cada una de las categorías, se determinó de forma precisa la pertenencia de cada uno de los ítems.

**Fase final:** se sintetizaron los resultados e interpretación de los mismos mediante consulta interactiva de los expertos con la versión definitiva de las medidas. Se realizaron rondas de consultas hasta llegar a un resultado de consenso.

Para la determinación del consenso entre los participantes del Panel de Expertos se empleó el Coeficiente de Concordancia (Cc) <sup>93</sup> determinado a través de la expresión:

$$Cc = \left(1 - \frac{Vn}{Vt}\right) \cdot 100$$

donde:

Vn: el número de votos negativos aportados por los expertos (se asumió como votos negativos la selección de la categoría poco adecuada e inadecuada)

Vt: el número de votos totales emitidos por los expertos.

Se consideró alcanzado dicho nivel de consenso cuando el Coeficiente de Concordancia (Cc) obtuvo un valor superior al 75%, desde donde se produce la conclusión del proceso.

### **II.6.2 Validación teórica de la estrategia intersectorial**

Para la validación teórica de la estrategia intersectorial se utilizó la matriz de Chanlat <sup>94,95</sup> con la finalidad de establecer en el plano teórico la efectividad de la propuesta y posteriormente hacer los ajustes lógicos sobre la base de las sugerencias dadas por los actores sociales y equipo técnico. (Anexo 15)

Para la validación de la efectividad se solicitó el análisis de las siguientes variables:

Impacto, la funcionalidad y las oportunidades que brinda la misma, lo cual se expresa en el grado que tiene para su aplicación y generalización.

Para determinar la Efectividad Esperada de la Estrategia (EEE) se utilizó la siguiente expresión:

$$EEE = \frac{I \times F \times O}{100}$$

Donde:

I- Impacto, F- Funcionalidad, O- Oportunidad

Se tomó en consideración la tabla siguiente:

- Si EEE es mayor o igual de 8, la estrategia se considera fuerte.
- Si EEE está entre 5 y 7, la estrategia se considera medio.
- Si EEE es menor que 5, la estrategia se considera débil.

### **II.6.3 Determinación de la fiabilidad del Instrumento**

Para evaluar la fiabilidad del instrumento se utilizó el alfa de Cronbach, es un coeficiente que toma valores entre 0 y 1. Cuanto más se aproxime al número 1, mayor será la fiabilidad del instrumento.

### **II.7. Técnicas y procedimientos**

El procesamiento y análisis de la información se realizó en un CPU Intel Core i7 – 2600K con ambiente Windows 7 Ultimate 2009, ServicePack 1, v.178. Del paquete Office 2010 se empleó, para el procesamiento de los datos, el programa Microsoft Excel. Se utilizaron como medidas resumen el valor absoluto y el porcentaje. Se aplicó el estadígrafo Ji cuadrado para la asociación entre las variables al 95% de confiabilidad, considerándose significativa cuando p fue menor que 0,05. Se trabajó con números enteros y porcentajes para la presentación de los resultados, los cuales se presentaron en tablas o gráficos según correspondiera. Para la redacción de los textos se empleó el procesador MicrosoftWord de igual versión.

### **II.8. Aspectos éticos.**

La investigación se realizó previa aprobación y bajo la rectoría del Consejo Científico de la Facultad de Estomatología en función del adecuado cumplimiento de los procedimientos éticos, teniendo presente las consideraciones éticas pertinentes, para lo cual se obtuvo el Consentimiento Informado de las autoridades de salud pública correspondientes y los participantes en el estudio.

En tal sentido, las personas objeto de investigación fueron debidamente informadas sobre los objetivos y la importancia de la misma, haciéndose énfasis en la no afectación a su integridad física y psíquica y de su entera libertad para decidir participar o no en el estudio, sin consecuencia alguna en caso de abandonarlo. Todo lo cual quedó reflejado mediante la firma del Acta del Consentimiento Informado. La información relacionada con la identidad de los sujetos fue tratada confidencialmente. Esta se manejó sólo por el personal especializado que participó en la investigación. La revisión de la información sólo se realizó durante las visitas de monitoreo y la divulgación de los resultados se realizó con fines científicos.



## **Conclusiones del capítulo II**

Para la elaboración de la estrategia de acciones intersectoriales se desplegó una investigación de desarrollo e innovación tecnológica en la cual se aplicaron los métodos, técnicas y procedimientos correspondientes a cada etapa del estudio para el logro de los objetivos planteados.

La metodología aplicada permite afirmar que el trabajo cumple con los requerimientos exigidos para su utilización en contextos similares luego de su necesaria adecuación, las técnicas de análisis y procesamiento de la información utilizada contribuyeron al sustento científico metodológico de la tesis que se presenta, la cual cumple con los principios éticos exigidos para las investigaciones en seres humanos.

### **CAPÍTULO III. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LA LOS RESULTADOS**

### **CAPÍTULO III. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LA LOS RESULTADOS**

En este capítulo se describen y analizan los resultados de la investigación de acuerdo a las etapas de la misma que dan salida a los objetivos del estudio.

#### **III.1. Descripción de las características del contexto de la investigación**

Los adultos mayores del municipio Plaza de la Revolución, viven en la localidad desde hace más de 50 años, por lo tanto, muchos se conocen entre sí por haber convivido como vecinos por varias décadas. Es una zona urbana desarrollada, concurrida y socialmente activa.

Tiene una extensión territorial de 11,82 Km<sup>2</sup>, su nivel de urbanización es de 100% y posee una población de 173,569 habitantes. <sup>96</sup> Limita al norte con el Malecón (4 Km de costa) y por esta vía, con el Estrecho de La Florida en el Mar Caribe; al este con el Municipio Centro Habana por medio de la Avenida Infanta; al oeste con el Río Almendares y por él, con el Municipio Playa, y al sur sudeste con el Municipio Cerro por medio de las Avenidas Ayestarán, Boyeros, 26 y Calzada Real de Puentes Grandes.

Se divide para la gestión administrativa en ocho consejos populares, de los cuales se escogieron cuatro que son donde están enclavados los servicios estomatológicos que se seleccionaron para la investigación:

- Servicio estomatológico del Policlínico Rampa que pertenece al consejo popular Rampa.
- Servicio estomatológico del Policlínico Héroes del Moncada que pertenece al consejo popular Vedado.
- Servicio estomatológico de Policlínico Plaza de la Revolución, que corresponde al consejo popular Plaza de la Revolución.
- Servicio estomatológico Policlínico Puentes Grandes perteneciente al consejo popular Puentes Grandes.

### III.2. Resultados de la Primera etapa

Se examinaron 1569 adultos mayores, de ellos, el 63,2% pertenecen al grupo de la tercera edad (60-74). El grupo de la cuarta edad representa el 35,1%, seguido de los longevos (90-99) y centenarios con 1,5% y 0,2% respectivamente. Con relación al sexo el 57,5% pertenecen al sexo femenino y el 42,8% masculino. Resultados que se muestran en la **tabla 1**.

**Tabla 1. Distribución de la población según edad y sexo**

Edad	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	No.	%	No.	%	No.	%
Tercera edad	508	51,1	485	48,8	993	63,2
Cuarta edad	373	67,8	177	32,2	550	35,1
Longevos	14	60,9	9	39,1	23	1,5
Centenarios	2	66,7	1	33,3	3	0,2
Total	897	57,5	672	42,8	1569	100,0

\*por ciento en base al total por filas

Martínez Abreu y cols.<sup>46</sup> refieren que el envejecimiento poblacional en Cuba se asemeja al de los países del mundo desarrollado y como resultado se tendrá un grupo priorizado de pacientes ancianos, con una epidemiología de enfermedades bucodentales diferentes a las del resto de la población.

El presente estudio coincide con la investigación realizada por Díaz Couso y cols.<sup>97</sup> que evidenció una tendencia progresiva al envejecimiento de la población, además, hacen referencia a la necesidad de búsquedas y establecimiento de estrategias para elevar la calidad de vida.

Cuba cada vez tiene una población más envejecida lo que se traduce en más necesidades en el orden asistencial, de servicios de salud, de calidad y confort de vida, pero también mayor consumo y aumento en la demanda de transporte, de ahí que el envejecimiento en este aspecto pueda ser un fenómeno más o menos problemático.<sup>98</sup>

La mayoría de los adultos mayores incluidos en la investigación correspondió al sexo femenino y de la tercera edad, resultados similares a los expuestos por Azañedo y cols.<sup>99</sup>

Los resultados de las condiciones de salud bucal de los ancianos según la edad se muestran en la **tabla 2**. El 61,4% de los ancianos son evaluados con la condición de salud bucal de regular, seguidos de los evaluados de mala y buena en el 23,1% y 15,5% respectivamente.

Estos resultados se mantuvieron en la tercera y cuarta edad, pero en los longevos y centenarios predominaron las condiciones malas de salud bucal. Como se observa a medida que aumenta la edad se aprecia un deterioro de las condiciones de salud bucal.

**Tabla 2. Distribución de la población según edad y condiciones de salud bucal**

Edad	Condiciones de salud bucal						Total	
	Buenas		Regulares		Malas		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%		
Tercera edad	133	13,4	634	63,8	226	22,8	993	63,3
Cuarta edad	109	19,8	320	58,2	121	22,0	550	35,1
Longevos	1	4,3	10	43,5	12	52,2	23	1,5
Centenarios	0	0,0	0	0,0	3	100,0	3	0,2
Total	243	15,5	964	61,4	362	23,1	1569	100,0

\*por ciento en base al total por filas

p: 0,000

Los hallazgos mostrados en este estudio coinciden con los encontrados en la literatura, que expresan una elevada morbilidad en los adultos mayores con pérdida dentaria. La mayoría tenían necesidad de rehabilitación protésica estomatológica, lo que afecta su funcionalidad, estética y autoestima, que de no ser corregida pudiera provocar consecuencias importantes en la cavidad bucal.<sup>100-102</sup>

Concuerdan también con los resultados obtenidos por Moya y cols.<sup>60</sup> quienes en estudios realizados en la ciudad de Santiago de Chile, encontraron que el 66% fueron mujeres. Los rangos

de edades prevalentes fueron en un 42,2% entre 60 y 69 años y un 32,1% entre 70 y 79 años de edad.

Cuando se analiza la relación de las condiciones de salud bucal y el sexo, **tabla 3**, se muestra que el 59,3% de las féminas tienen condiciones de salud bucal evaluadas de regular, con respecto al sexo masculino el 64,2% tiene esta condición seguido de los evaluados de mal con el 26,4%, existe una relación significativa entre ambas variables.

**Tabla 3. Distribución de la población según sexo y condiciones de salud bucal**

Sexo	Condiciones de salud bucal						Total	
	Buenas		Regulares		Malas		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%		
Femenino	181	20,2	532	59,3	184	20,5	897	57,2
Masculino	62	9,2	432	64,3	178	26,5	672	42,8
Total	243	15,5	964	61,4	362	23,1	1569	100,0

\*por ciento en base al total por filas p: 0,000

En cuanto a la calificación de las condiciones de salud bucal predominaron en ambos sexos las regulares coincidiendo con el estudio realizado en la población chilena donde el 43% clasificó con regular y un 23,8% deficiente. <sup>60</sup>

Los resultados de la presente investigación no coinciden con Azcuy y cols. <sup>103</sup> que obtienen como resultados un predominio del sexo masculino y el 27% de la población pertenecen a la tercera edad.

Otros estudios refieren que los factores sociales exacerban las vulnerabilidades biológicas de las mujeres, a pesar de que al nacer las diferencias biológicas favorecen la supervivencia de ellas, sin embargo, la diferencia se va igualando en la medida que se profundizan las inequidades de género.

104

El deterioro de las condiciones de salud bucodental es más evidente en los hombres, coincidiendo con otras investigaciones que expresan que las causas están relacionadas con los hábitos de higiene bucal pobres, en menor actitud positiva hacia la salud bucal y falta de periodicidad en las

visitas al estomatólogo, acuden ante dolor que constituyen urgencias o en condiciones de deterioro avanzado. Las mujeres reportan mayores niveles de preocupación. <sup>104</sup>

Los resultados de esta investigación, a criterio de la autora de la investigación, pueden deberse al hecho de que el sexo femenino es más cuidadoso en la observancia de las medidas relacionadas con su salud, por lo que en la mayoría de los casos se detecta cualquier situación a tiempo, a diferencia de los hombres que tienen estilos de vida menos saludables.

**Tabla 4. Distribución de la población según el estado de la vivienda y condiciones de salud bucal**

Estado de la vivienda	Condiciones de salud bucal						Total	
	Buenas		Regulares		Malas		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%		
Buenas	261	23,5	666	60,0	183	16,5	1110	70,7
Regulares	24	6,8	250	71,2	77	22,0	351	22,4
Malas	24	22,2	48	44,5	36	33,3	108	6,9
Total	243	15,5	964	61,4	362	23,1	1569	100,0

\*por ciento en base al total por filas p: 0,000

En la **tabla 4**, se observa que existe relación entre el estado de la vivienda y las condiciones de salud bucal de los adultos mayores, nótese que el mayor valor 70,7 %, corresponde a la categoría de buen estado de la vivienda, siendo las condiciones de salud bucal de regulares el 60,0% seguido de las buenas 23,5% y de malas el 16,5%. Existe una relación estadísticamente significativa entre ambas variables.

El área de salud estudiada se encuentra ubicada en un entorno donde las condiciones de la vivienda que predominan son buenas, aunque se detectaron algunas con problemas estructurales, en muchos casos debido a que son habitadas por ancianos que viven solos y no disponen de los recursos ni la ayuda necesaria para enfrentar la reparación de sus inmuebles.

La condición de salud bucal predominante es regular; la autora de la investigación es del criterio de

que se deben estudiar exhaustivamente a las poblaciones en su contexto socio económico, para encontrar aquellos determinantes que inciden de forma negativa sobre el estado de salud.

Los resultados coinciden con los encontrados por Cueto Salas y cols.<sup>11</sup> cuando analizan las condiciones de salud bucal en la población geriátrica encontrando que aquellos que viven en viviendas con malas condiciones presentan las peores condiciones de salud bucal.

Considera la autora de la investigación que las adecuadas condiciones físicas de la vivienda están relacionadas con el nivel económico de las familias, esto le garantiza al individuo protección y estabilidad; constituyendo un factor estimulante para el cuidado de la salud.

La situación higiénica sanitaria del entorno fue evaluada de regular en el 53,7%, resultados mostrados en la **tabla 5**. El 45,6% de los acianos con situación higiénica sanitaria de buena, tienen condiciones de salud bucal de regular, seguido de las buenas con un 14,4%. El 53,7% de los adultos mayores que muestran situación higiénica sanitaria regular sus condiciones de salud bucal evaluadas de regular con el 51,9% seguido de las malas con el 23,6% y los de condiciones higiénico sanitaria mala el 100% revela malas condiciones de salud bucal. Existe una relación estadísticamente significativa entre ambas variables.

**Tabla 5. Distribución de la población según situación higiénica sanitaria del entorno y condiciones de salud bucal**

Situación higiénica sanitaria	Condiciones de salud bucal						Total	
	Buenas		Regulares		Malas		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%		
Buenas	103	14,4	526	73,5	87	12,1	716	45,6
Regular	130	15,4	438	51,9	275	23,6	843	53,7
Malas	0	0,0	0	0,0	10	100,0	10	0,7
Total	243	15,5	964	61,4	362	23,1	1569	100,0

\*por ciento en base al total por filas

p: 0,000



La autora de la investigación refiere que las malas condiciones higiénicas del entorno deterioran la salud de las poblaciones, y constituye un problema sanitario por la mala disposición de residuos sólidos y líquidos, constituyendo un riesgo epidemiológico que representa la acumulación y vertimiento incontrolado de los mismos, la proliferación de moscas, roedores, bacterias y otros animales y microorganismos causantes de enfermedades.

El presente estudio no coincide con el realizado en Cuba por Azcuy y cols.<sup>103</sup> que evalúa la higiene de la comunidad de buen seguido de regular.

En la **tabla 6** se observa un predominio de las condiciones de salud bucal evaluadas de regulares en los ancianos que residen en familias tanto nucleares, extensas y ampliadas. Existe una relación estadísticamente significativa entre las condiciones de salud bucal regulares independientemente del tipo de familia, por tanto, el tipo de familia no influye con las condiciones de salud bucal de la población estudiada.

**Tabla 6. Distribución de la población según la estructura de la familiar y condiciones de salud bucal**

Estructura Familiar	Condiciones de salud buccal						Total	
	Buenas		Regulares		Malas		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%		
Nuclear	136	24,6	295	53,3	122	22,1	553	35,2
Extensa	44	8,9	364	73,2	89	17,9	497	31,7
Ampliada	77	14,8	305	58,8	137	26,4	519	33,1
Total	243	15,5	964	61,4	362	23,1	1569	100,0

\*por ciento en base al total por filas p: 0,000

La familia como unidad social tiene determinados propósitos: proveer un contexto de apoyo para la satisfacción de las necesidades de todos sus miembros, promover la interacción entre los miembros, con la finalidad de que exista un ambiente nutrente de relaciones amorosas, de

atención, de afecto y de lealtad, permitir la supervivencia física y el desarrollo personal de todos los miembros.<sup>105</sup>

La estructura familiar a pesar de tener relaciones significativas con las condiciones de salud bucal no tiene tanto peso como el funcionamiento de la familia; no obstante, en las familias ampliadas, los ancianos pueden ser víctimas del descuido consciente por parte de los miembros más jóvenes que la conforman y puede ser la causa de que los ancianos tengan condiciones de salud bucal de regular y malas, pues el adulto mayor también requiere de tiempo y apoyo para suplir sus necesidades, acudir a las consultas y garantizar que se cumplan con los tratamientos.<sup>85, 105</sup>

Los adultos mayores que conviven en familias funcionales representan el 59,8%, de ellos, el 68,8% tienen condiciones de salud bucal de regular, seguidos de malas y buenas; el 40,2% pertenecen a familias disfuncionales, de ellas el 50,5% tienen condiciones de salud bucal de regular resultados que se muestran en la **tabla 7**, existiendo relación estadísticamente significativa entre las variables.

**Tabla 7. Distribución de la población según funcionabilidad familiar y condiciones de salud bucal**

Funcionabilidad familiar	Condiciones de salud bucal						Total	
	Buenas		Regulares		Malas		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%		
Funcional	122	13,0	646	68,8	171	18,2	939	59,8
Disfuncional	121	19,2	318	50,5	191	30,3	630	40,2
Total	243	15,5	964	61,4	362	23,1	1569	100,0

\*por ciento en base al total por filas p: 0,000

La familia constituye parte esencial del medio ambiente, donde el agente encuentra condiciones favorables o desfavorables a su acción, ante lo cual el huésped se halla protegido o desprotegido según el apoyo familiar.<sup>106</sup>

En Colombia Díaz Cárdenas y cols. <sup>107</sup> estudian el impacto de la salud bucal en la calidad de vida del adulto mayor, encuentran que en las familias disfuncionales predominan los individuos con malas condiciones de salud bucal.

Peñuela, <sup>108</sup> en su tesis, expresa, que son precisamente las familias y comunidades quienes establecen prácticas de autocuidado frente a los posibles riesgos en salud bucal.

La autora de la investigación es de la opinión que, para garantizar un funcionamiento familiar adecuado, el sistema familiar tiene que ser capaz de enfrentar las crisis, expresar los afectos, para permitir el crecimiento individual de sus miembros y producir el intercambio constante entre ellos, respetando la autonomía y el espacio del otro. Internacionalmente es reconocida la importancia de la familia como determinante de la salud.

Los resultados que se exponen en la **tabla 8**, relacionan el nivel educacional de la población y las condiciones de salud bucal, en todos los niveles educacionales las condiciones de salud bucal de los adultos mayores son evaluadas de regulares, existiendo relación estadísticamente significativa entre las variables.

**Tabla 8. Distribución de la población según nivel educacional y condiciones de salud bucal**

Nivel educacional	Condiciones de salud bucal						Total	
	Buenas		Regulares		Malas		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%		
Ninguno	0	0,0	7	38,9	11	61,1	18	1,1
Primaria	17	5,6	199	65,0	90	29,4	306	19,6
Secundaria	74	14,8	295	59,1	130	26,1	499	31,8
Preuniversitaria	133	25,6	305	58,6	82	15,8	520	33,1
Universitario	19	8,4	158	69,9	49	21,7	226	14,4
Total	243	15,5	964	61,4	362	23,1	1569	100,0

\*por ciento en base al total por filas

p: 0,000

Los resultados obtenidos en la presente investigación no coinciden con lo planteado por Moya y cols.<sup>60</sup> al estudiar el nivel educacional de la población chilena, un 32,3% reporta educación media completa y un 26,1% educación universitaria.

En Chile, la salud bucal, el uso de los servicios y nivel educacional ratifican que un mayor nivel educativo aumenta las probabilidades de utilizar los servicios odontológicos y mejor salud bucal. Asimismo, un menor nivel educativo puede denotar una menor conciencia sobre el cuidado de la salud.<sup>109</sup>

Estudios realizados en La Habana destacan la relación de las condiciones de salud bucal y el nivel educacional de los adultos mayores, resultados se asemejan a la presente investigación.<sup>11</sup>

La mayor parte de la población tienen más de noveno grado esto está en correspondencia con el elevado nivel educacional en Cuba.

El 57,2% de los ancianos presentan hábitos alimentarios inadecuados, de ellos el 67,4% tienen condiciones de salud bucal regular, seguida de las malas, mientras los ancianos que mantienen una alimentación adecuada las condiciones de salud bucal son regulares y buenas, resultados que se evidencian en la **tabla 9**. Se reveló la relación estadísticamente significativa entre las variables.

**Tabla 9. Distribución de la población según hábitos alimentarios y condiciones de salud bucal**

Hábitos alimentarios	Condiciones de salud bucal						Total	
	Buenas		Regulares		Malas		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%		
Adecuados	198	29,6	359	53,5	114	16,9	671	42,8
Inadecuados	45	5,0	605	67,4	248	27,6	898	57,2
Total	243	15,5	964	61,4	362	23,1	1569	100,0

\*por ciento en base al total por filas

p: 0,000

Se reconoce que el estado de salud, bienestar y la longevidad están directamente relacionados con los aspectos bioquímicos de los alimentos consumidos. En los ancianos existe una asociación entre la capacidad funcional disminuida y déficit energético o proteico, o ambos. <sup>42</sup>

Una dieta sana debe considerar, variedad en los alimentos; entregar volúmenes suficientes para mantener un peso corporal adecuado; aumentar el consumo de frutas y verduras y reducir los alimentos de alta densidad energética, especialmente grasas. <sup>110</sup>

Cuando se analiza la relación entre la nutrición y la salud bucal se corrobora que es bidireccional, pues se afectan ambas mutuamente. La calidad de la dieta es fundamental garante de la salud general y bucal. En el otro extremo; cuando está afectada la salud bucal, se presentan numerosos problemas durante la masticación, los cuales son detectados en un elevado porcentaje de esta población. <sup>11</sup>

La dieta inadecuada prevalece en la investigación en los adultos mayores con condiciones de salud evaluados de regular y concuerda con los resultados del estudio realizado por Hernández y cols. <sup>111</sup> donde predominaron los adultos mayores con malos hábitos alimentarios y dietas con tendencia a la obesidad, la malnutrición por exceso, y la presencia de afecciones sugerentes de malnutrición.

Otra de las características que afecta la dieta es la consistencia de los alimentos pues los prefieren blandos o en forma de papilla debido a problemas en la masticación y deglución; la frecuencia de comidas siendo suficiente con ingerir tres comidas al día y no es recomendable los períodos de ayuno de más de seis horas. <sup>111</sup>

Las condiciones de salud bucal pueden verse afectadas por la pérdida dental, y esto puede afectar la dieta, modificando la selección de alimentos. Esto sumado a la medicación por enfermedades crónicas puede modificar la absorción de vitaminas y minerales. Ciertas características de los alimentos azucarados (consistencia, textura, adhesión) y las condiciones en las cuales son ingeridos, son más importantes como determinantes de su potencial cariogénico que la cantidad de azúcar que ellos contengan. <sup>112</sup>

En la opinión de la autora de la investigación una dieta adecuada es fundamental para preservar la salud bucal, por otro lado, cuando está afectada la salud bucal aparecen numerosos problemas que afectan la digestión trayendo un déficit en la absorción de vitaminas y minerales necesarios para el funcionamiento del organismo.

**Tabla 10. Distribución de la población según consumo de alcohol y condiciones de salud bucal**

Consumo de alcohol	Condiciones de salud bucal						Total	
	Buenas		Regulares		Malas		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%		
Consume	199	17,3	680	59,0	273	23,7	1152	73,4
No consume	44	10,6	284	68,1	89	21,3	417	26,6
Total	243	15,5	964	61,4	362	23,1	1569	100,0

\*por ciento en base al total por filas p: 0,000

En la **tabla 10** se aprecia que el 73,4% de los adultos mayores consumen alcohol, de estos el 23,7% tiene malas condiciones de salud bucal, con buenas condiciones de salud bucal el 17,3% y regulares el 59,0%. La relación entre las variables es estadísticamente significativa.

Los resultados del presente estudio coinciden con Piedra y cols. <sup>113</sup> que destaca que el consumo de alcohol es muy frecuente en los ancianos, encontraron poca frecuencia de las enfermedades neoplásicas, pero están más representados en el grupo de alcohólicos y señalan que puede existir una asociación con el hábito de fumar.

Estudio realizado en México sobre el consumo de tabaco y alcohol en el adulto mayor, reportaron que, ser hombre, jefe de familia, y con estudios de secundaria, son las variables que se asocian con el consumo. <sup>114</sup>

El consumo de alcohol es un factor de riesgo, siendo un indicador de mala calidad de vida e impacto en la sobrevivencia. Se han propuesto varios mecanismos oncogénicos del alcohol: actúa como factor

químico irritativo local, provoca una disminución del índice inmunitario, facilita la absorción de otras sustancias cancerígenas por su efecto cáustico sobre la mucosa bucal. <sup>115</sup>

Con respecto al hábito de fumar, resultados que se aprecian en la **tabla 11**, el 64,8% no practica esta adicción, mientras que el 35,2% lo hacen, predominan en ambos los adultos mayores evaluados con condiciones de salud bucal de regular, en los fumadores el 20,6% tiene malas condiciones de salud bucal y solo el 13,9% son buenas. Es estadísticamente significativa la relación entre las variables.

**Tabla 11. Distribución de la población según hábito de fumar y condiciones de salud bucal**

Hábitos de fumar	Condiciones de salud bucal						Total	
	Buenas		Regulares		Malas		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%		
Fuma	77	13,9	362	65,5	114	20,6	553	35,2
No fuma	166	16,3	602	59,3	248	24,4	1016	64,8
Total	243	15,5	964	61,4	362	23,1	1569	100,0

\*por ciento en base al total por filas p: 0,054

Estudios realizados en La Habana muestran la relación que existe entre el consumo de tabaco y el aumento en la prevalencia y gravedad de la enfermedad periodontal debería considerarse al tabaquismo como un factor de riesgo de obligatorio control en el tratamiento de las enfermedades periodontales que son muy frecuente en este grupo de edad. <sup>115,116</sup>

La **tabla 12**, expresa que el 69,3% de los ancianos estudiados no practican ejercicios físicos; el 60,8% fueron evaluados con condiciones de salud bucal de regular, seguidos de las malas; mientras que los ancianos que realizan ejercicios físicos el 62,8% son evaluados de regulares, seguido de las buenas. Se evidenció una relación estadísticamente significativa.

**Tabla 12. Distribución de la población según práctica de ejercicios físicos y condiciones de salud bucal**

Práctica de ejercicios físicos	Condiciones de salud bucal						Total	
	Buenas		Regulares		Malas		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%		
Si	126	26,1	302	62,8	53	11,0	481	30,7
No	190	17,5	662	60,8	236	21,7	1088	69,3
Total	243	15,5	964	61,4	362	23,1	1569	100,0

\*por ciento en base al total por filas p: 0,002

Martin <sup>117</sup> considera a la actividad física como un importante determinante de salud en la ancianidad, debido a sus repercusiones físicas y psicológicas, obteniendo mejores indicadores de salud física, alta autoestima, vitalidad, interacción social positiva.

Al incrementarse la edad aparece una disminución de la actividad física y cambios en las preferencias para el uso del tiempo libre. <sup>118</sup>

La integración a los círculos de abuelos es una de las vías más importantes para la práctica de ejercicios físicos, pero guarda relación con la disposición motivacional. Debe ser prioridad del sector salud de garantizar su participación en las actividades recreativas, culturales y prácticas de ejercicios para mejorar su salud general y potencializa el autocuidado de la salud bucal.

Con respecto a la vinculación a círculos de abuelos **tabla 13**, el 60,7% no están insertados, el 70,1% son evaluados de regular sus condiciones de salud bucal, seguido de los evaluados de mal y solo el 3,3% tiene categoría de buena. Mientras que los adultos mayores vinculados, el 47,8% ostenta evaluación de regular seguido de los evaluados de buenas. Existe una relación entre adulto ambas variables estadísticamente significativa.



**Tabla 13. Distribución de la población según la vinculación a los círculos de abuelos y condiciones de salud bucal**

Vinculados a círculos de abuelos	Condiciones de salud bucal						Total	
	Buenas		Regulares		Malas			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Si	212	34,4	295	47,9	109	17,7	616	39,3
No	31	3,3	669	70,1	253	26,5	953	60,7
Total	243	15,5	964	61,4	362	23,1	1569	100,0

\*por ciento en base al total por filas p: 0,000

En la presente investigación existe poca incorporación de los adultos mayores a los círculos de abuelo, considera la autora de la investigación por la experiencia de trabajo investigativo con este grupo poblacional que las causas fundamentales están relacionadas con la falta de motivación y falta de tiempo por estar vinculados a otras tareas familiares.

Suarez y cols. <sup>119</sup> argumentan que es importante la combinación de acciones intersectoriales con el fin de obtener un estilo de vida más saludable, logrando mayor integración en las actividades físicas, culturales y recreativas.

Los círculos de abuelos, como parte del Programa de Atención al Adulto Mayor, tienen como objetivo promover la participación de los ancianos, de modo activo y espontáneo, en actividades de promoción y prevención de salud física, mental, social y sociocultural donde el anciano participa en la solución de sus problemas. <sup>120</sup>

Investigaciones internacionales señalan que la representación social del anciano contiene la idea de aislamiento social, deterioro cognitivo, falta de actividad física e incapacidad para aportar económicamente a la sociedad y la familia. Es lo que se conoce como el paradigma de la decadencia, estableciendo la necesidad de modificar los estereotipos negativos en torno a la vejez, y facilita la participación de los mismos en programas comunitarios. <sup>121,122</sup>

El 57,0% de los ancianos plantean no tener satisfechas las necesidades básicas, resultados mostrados en la **tabla 14**, de ellos el 15,6% tienen condiciones de salud bucal evaluados de buena, el 67,4% de regular y el 17,0% de malas; los ancianos que refieren tener satisfecha sus necesidades tiene evaluadas las condiciones de salud bucal de regulares y buenas en el 31,8% y 37,0% respectivamente. Existe relación estadísticamente significativa entre las variables.

**Tabla 14. Distribución de la población según satisfacción de necesidades básicas y condiciones de salud bucal**

Satisfacción de necesidades básicas	Condiciones de salud bucal						Total	
	Buenas		Regulares		Malas		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%		
Si	250	37,0	214	31,8	210	31,2	674	43,0
No	139	15,6	604	67,4	152	17,0	895	57,0
Total	243	15,5	964	61,4	362	23,1	1569	100,0

\*por ciento en base al total por filas p: 0,000

El envejecimiento poblacional adquiere importancia política, económica y social, por sus fuertes repercusiones en el desarrollo de los países, por la amplia variedad de sectores a los que afecta (salud, educación, infraestructura y comercio, entre otros), así como los costos sociales de las enfermedades sistémicas y bucodentales. <sup>120</sup>

En una investigación realizada en México, se destaca que el nivel socioeconómico bajo tiene un patrón repetitivo en el que la pobreza contribuye a aumentar el consumo de azúcar en su dieta, disminuye el uso de elementos de higiene bucal, presenta una baja capacidad económica para acceder al servicio odontológico y aumenta las enfermedades, lo que genera mayor pobreza al afectar la productividad del individuo. <sup>121</sup>

Los resultados de la presente investigación concuerdan con el estudio realizado en la clínica estomatológica de Puentes Grandes por Sanz Fernandez y cols. <sup>123</sup> el cual mostró que el 61,6% de

los adultos mayores refieren no satisfacer las necesidades básicas, las condiciones de salud bucal evaluadas de regular o mala, fueron las que prevalecieron.

Los resultados obtenidos en el presente estudio coinciden con las investigaciones realizadas por varios autores en el municipio Plaza de la Revolución. <sup>11,12,124,125</sup>

Existen investigaciones que consideran que el salario bajo del individuo y su familia están asociados con el desarrollo de enfermedades bucales, ya que influyen en la alimentación, bajo acceso a elementos de higiene bucal, servicios y tratamientos de rehabilitación de alto costo. Estos destacan la alta influencia de los comportamientos negativos y hábitos nocivos en salud bucal. <sup>126</sup>

Otros autores hacen referencia que los gastos en salud aumentan con la edad por la presencia de comorbilidades, discapacidades y otros problemas crónicos de salud, empeorando las oportunidades de acceso, sobre todo a la salud dental, donde gran parte de los tratamientos sólo son realizados en el ámbito privado. <sup>127,128</sup>

Otros estudios realizados en Cuba señalan que a mayor nivel socioeconómico mejor es la salud, conocido como el "gradiente social en salud" sí las posibilidades económicas son vastas se suplementan mejor las necesidades básicas, se facilita el acceso a determinadas esferas que son soporte de la vida como la alimentación, propiciando mejor calidad de vida, al ser diferente el entorno, el medio social de interacción del hombre. El panorama de las determinantes sociales, dejan en un segundo plano la biología humana, el medio ambiente y los servicios de salud. <sup>105</sup>

En los adultos mayores que evalúan los servicios de salud de adecuados, las condiciones de salud bucal son evaluadas de regulares y buenas en un 64,3% y 26,3% respectivamente, mientras que entre los que consideraron los servicios de forma inadecuada el 58,8% tiene condiciones de salud bucal regular y el 31,1% malas, siendo estadísticamente significativa la relación entre las dos variables, resultados que se muestran en la **tabla 15**.

**Tabla 15. Distribución de la población según la evaluación de los servicios de salud y condiciones de salud bucal**

Evaluación de los servicios de salud	Condiciones de salud bucal						Total	
	Buenas		Regulares		Malas		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%		
Adecuados	193	26,3	472	64,4	68	9,3	733	46,7
Inadecuados	84	10,0	492	58,9	260	31,1	836	53,3
Total	243	15,5	964	61,4	362	23,1	1569	100,0

\*por ciento en base al total por filas.....p: 0,000

La salud bucal no está solamente vinculada a las Determinantes Sociales de Salud, ni a la voluntad de los sistemas de salud pública, está también relacionada con los autocuidados, con la necesidad objetiva y subjetiva, y con la percepción individual de salud, ejemplo de ello son los resultados obtenidos en la investigación. <sup>104,108</sup>

La atención estomatológica en esta etapa de la vida, adquiere particular importancia para controlar los hábitos de higiene y cuidado bucal que resultan indispensables para lograr una buena salud bucodental además del libre acceso a los servicios de salud. <sup>129</sup>

En investigaciones sobre la satisfacción con los servicios de estomatología y condiciones de salud bucal prevalece la insatisfacción con los servicios. <sup>130</sup>

Lescay y cols. <sup>131</sup> en su artículo plantean la responsabilidad de aplicar como herramienta fundamental la educación y promoción para contribuir a la formación de estilos de vida y proyectos de vida saludables que conduzcan a una vejez con mayor calidad de vida.

Otro investigador, Yordi García <sup>132</sup> refiere que es preciso en las condiciones actuales del contexto social cubano reforzar la idea de que para atender las enfermedades y promover salud, se requiere enfoques multidisciplinarios en la formación y en el desempeño de los profesionales de la salud y de las interrelaciones con instituciones y profesionales de varios campos del conocimiento.

### III.3. Resultados de la etapa de elaboración de la estrategia intersectorial

#### III.3.1. Resultados de la fase preparatoria

##### III.3.1.1. Conformación del equipo técnico

El equipo técnico estuvo conformado por cinco miembros con más de 10 años de experiencia profesional, el 40,0% eran Doctores en Ciencias, 60,0% Máster en Ciencias, 80,0% Especialistas de Segundo Grado y 20% Especialistas de Primer Grado. El 60,0% ostentaban la categoría docente de Profesor Auxiliar, el 20,0% de Titular y Asistente, resultados que se muestran en la **tabla 16**.

**Tabla 16. Caracterización del equipo técnico**

Características		No.	%
Especialista (Grado)	Primer Grado	1	20,0
	Segundo Grado	4	80,0
Categoría científica	Máster en Ciencias	3	60,0
	Doctor en Ciencias	2	40,0
Categoría docente	Titular	1	20,0
	Auxiliar	3	60,0
	Asistente	1	20,0

El equipo técnico, fue seleccionado esencialmente para identificar a los actores sociales, además de participar en la fase de elaboración y validación de la efectividad de la estrategia.

##### III.3.1.2. Selección de los actores sociales

Se eligieron siete actores sociales que obtuvieron entre 2 y 3 puntos como promedio en la evaluación de los aspectos que se tuvieron en cuenta para su selección, los que integraron el grupo de trabajo que participó en la elaboración de la estrategia, resultados mostrados en la **tabla 17**.

Los actores sociales seleccionados fueron miembros de los consejos populares que atienden la esfera de educación, deporte y cultura, director de policlínico, dos jefes de servicios estomatológicos, y dos representantes de las organizaciones de masas.

**Tabla 17. Distribución de los aspectos para selección de los actores sociales**

Actores Sociales	Interés	Posición	Grado de influencia	Promedio
1	2	1	1	1,33
2	3	3	3	3,00
3	2	2	1	1,66
4	3	3	2	2,66
5	3	3	3	3,00
6	3	3	2	2,66
7	1	3	3	2,33
8	3	2	3	2,66
9	1	3	3	2,33

La importancia de vincular a los actores sociales en la fase de diseño de la estrategia intersectorial, garantiza la aplicación de la misma en la comunidad. Autores como Urquiola Sánchez y cols.<sup>133</sup> plantean que al incluir personas e instituciones para desarrollar una participación comunitaria permite un mayor compromiso, tanto personal como colectivo, con el propósito de realizar acciones de transformación social.

Se reconoce que la planificación comunitaria sucede como un proceso conjunto entre los diversos actores, ya sean independientes, grupos, instituciones no gubernamentales, empresas privadas y hasta el propio gobierno local, que combina participación con distribución de tareas. Es con la ayuda de todos, vecinos de la comunidad o barrio, es que se logra un beneficio social para todos.<sup>134</sup>

### **III.3.2. Resultados de la fase de diseño de la estrategia intersectorial**

#### **III.3.2.1. Resultados de la técnica de árbol de problemas**

Para la realización del análisis causa – efecto de la problemática identificada en la primera etapa de la investigación se desarrolló la técnica del árbol de problemas, con participación del equipo técnico y los actores sociales seleccionados.

Como problema central se identificó la pérdida de la salud bucal del adulto mayor y se identificaron las Determinantes Sociales de Salud que repercuten en el mismo. Dentro de las causas y efectos del problema, se analizaron los que se muestran en la figura 1.

El árbol de problemas como aparece en la literatura es útil para ordenar las ideas y con su definición se pretende localizar el problema central o focal que se quiere solucionar con el proyecto, la claridad en la identificación del problema por parte de los participantes es básica si se pretende lograr una cabal comprensión de sus causas y de sus consecuencias al respecto. Con el árbol de problemas, el equipo de trabajo determinó la problemática y seleccionó las estrategias.<sup>135</sup>

### Árbol de problemas



Figura1.Elaboración por la autora de la investigación

### III.3.2.2. Resultados del Grupo Nominal

Del resultado del consenso del Grupo Nominal quedaron elaboradas las acciones que conforman la estrategia intersectorial sobre las Determinantes Sociales de Salud, agrupadas en las dimensiones de la siguiente forma:

#### Dimensión medio ambiente

En la dimensión medio ambiente se valoró el mejoramiento del entorno residencial y la creación de espacios urbanos que favorezcan la realización de actividades de esparcimiento, así como ampliar y mejorar las condiciones de las casas de abuelos.

#### **Dimensión modo y estilo de vida**

Esta dimensión fue evaluada como una de las más importantes para lograr cambios positivos en la salud. Concluye con la propuesta de realización de varias acciones relacionadas con hábitos y estilos de vida, la satisfacción de las necesidades básicas y el apoyo a los ancianos que viven solos con mayores necesidades económicas.

#### **Dimensión organización de los servicios de salud**

Los participantes en esta reunión centraron sus propuestas en acciones propias del sector salud relacionadas con la revitalización del funcionamiento de los círculos de abuelos y centros de rehabilitación, propuesta de mejoramiento de la accesibilidad a los servicios de salud tanto desde el punto de vista de las barreras arquitectónicas como de organización de los horarios de consultas y otros aspectos relacionados con la atención estomatológica a este grupo poblacional.

La autora de la investigación considera que la técnica seleccionada es una opción muy útil para la generación de ideas y el establecimiento de prioridades, siempre con valoraciones debatidas desde una óptica grupal, lo cual coincide con varias investigaciones que lo utilizan para la fase de diagnóstico y elaboración de estrategias y programas. <sup>83,132</sup>

#### **III.3.3. Resultados de la fase de construcción de la estrategia intersectorial**

La autora de la investigación define la estrategia intersectorial sobre las sobre las Determinantes Sociales de Salud en adultos mayores como “ el conjunto de acciones intersectoriales concebidas como un proceso, donde se integran los esfuerzos comunes y los recursos de distintos sectores de la sociedad, dirigidos de manera coordinada desde el sector de la salud, para mejorar las condiciones de salud bucal de los adultos mayores del municipio Plaza de la Revolución y reducir la influencia de las Determinantes Sociales de Salud ”.



La estrategia intersectorial quedó estructurada según los siguientes componentes:

- Fundamentación
- Requerimientos
- Característica y rasgos de la estrategia
- Misión y visión
- Objetivos estratégicos por dimensiones
- Etapas: diagnóstico, elaboración, implementación, evaluación
- Acciones intersectoriales
- Criterios de medida e indicadores

Ravelo Milielles y cols. <sup>136</sup> reconocen que “el municipio es el lugar donde la gente vive, trabaja y se relaciona, y su Administración tiene una posición de privilegio por su cercanía a la ciudadanía y por su conocimiento práctico y real de los problemas concretos de su población”.

En la figura 2 se muestran los componentes estructurales que conforman la estrategia intersectorial y la relación que se establece entre ellos.

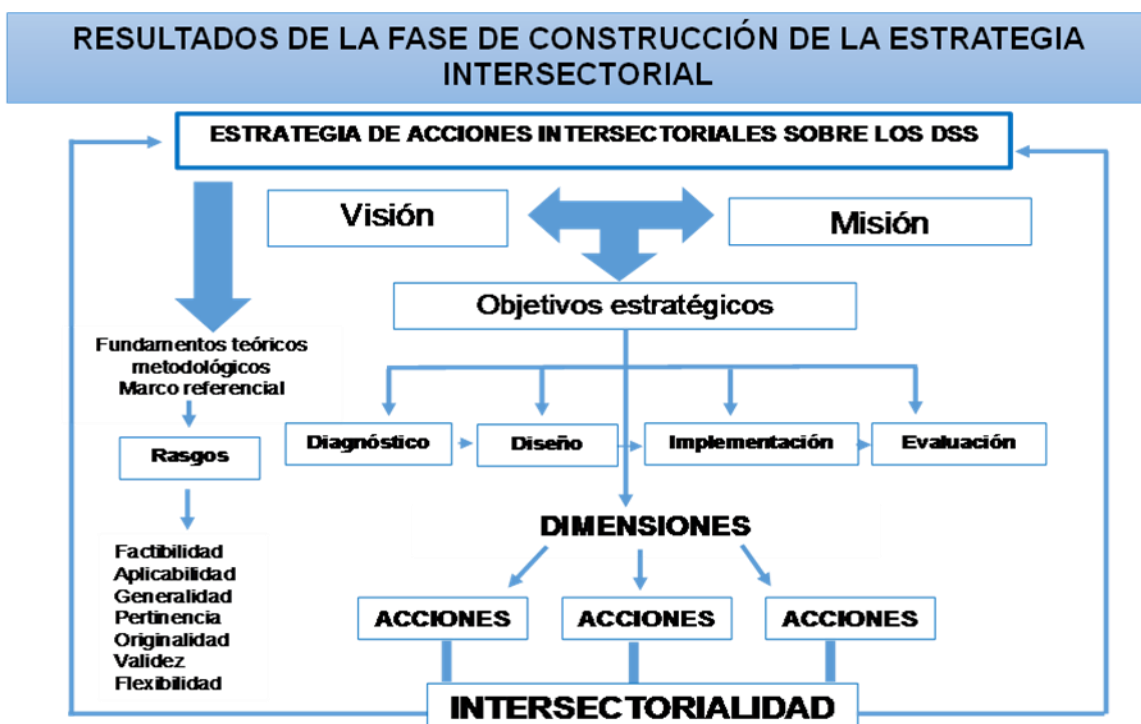


Figura 2. Elaboración de la autora de la investigación

### III.4. Resultados de la tercera etapa. Validación de la estrategia intersectorial

#### III.4. 1. Selección de los expertos

Como se muestra en la **tabla 18**, el 100% de los expertos convocados obtuvieron un nivel de competencia alto, por lo que todos fueron seleccionados para la validación de la estrategia intersectorial.

La evaluación del coeficiente de competencia de los expertos seleccionados es un paso importante para garantizar la calidad en la evaluación de los instrumentos, es coincidente la utilización de este método con estudios realizados por otros autores.<sup>137-139</sup>

**Tabla 18. Distribución de expertos según nivel de competencia**

Experto	Kc	Ka	K	Código
1.	0,9	1	0,95	Alto
2.	1	1	1	Alto
3.	0,8	0,7	0,75	Alto
4.	0,9	1	0,95	Alto
5.	0,8	0,8	0,8	Alto
6.	0,8	0,8	0,8	Alto
7.	0,6	0,8	0,7	Alto
8.	0,9	1	0,95	Alto
9.	0,9	1	0,95	Alto
10.	0,9	1	0,95	Alto
11.	0,7	0,9	0,8	Alto
12.	0,9	1	0,95	Alto

En la **tabla 19** se expone la caracterización de los expertos seleccionados; el 100% tenían más de 10 años de experiencia, el 83,3% fueron especialistas de Segundo Grado, ostentaban la categoría científica de Máster el 66,7% y 33,3% de Doctor en Ciencia, el 58,3% eran profesores Auxiliares, 1,3% Titulares y el 16,6% de Consultantes. Solo dos expertos no tenían categoría docente.

**Tabla 19. Distribución de los expertos según características de interés**

Características		No.	%
Especialista (Grado)	Primer Grado	2	16,7
	Segundo Grado	10	83,3
Categoría científica	Máster	8	66,7
	Doctor en Ciencias	4	33,3
Categoría docente	Auxiliar	7	58,3
	Titular	1	8,3
	Consultante	2	16,6
Años de experiencia	10 y más años	12	100,0

#### **III.4. 2. Resultados del Método Delphi**

En la primera ronda de la consulta a expertos se realizaron varios señalamientos. Ocho de los doce expertos que participaron, consideraron que la estrategia propuesta resultó entre muy adecuada y bastante adecuada. El Cc obtuvo un valor de 56% inferior a lo establecido para lograr el consenso por lo que se decide realizar las correcciones a la estrategia y ejecutar una segunda ronda.

Se consideraron las sugerencias de los expertos que estuvieron relacionados con la fundamentación las que fueron: añadir el marco de referencia legal que sustenta la estrategia, la reestructuración de las etapas y añadir, como uno de sus rasgos, la flexibilidad. Se efectuaron las adecuaciones en función de mejorar la comprensión de la estrategia y se obtiene una segunda versión la cual se presentó nuevamente a los expertos.

Una vez procesados los resultados de la segunda ronda (Anexo 16) se obtienen los puntos de corte que determinaron hasta donde llegan los límites de intervalo para cada categoría **tabla 20**. Los valores menores o iguales a 0,06 están en la categoría Muy Adecuado, entre 0,07 y 0,83 en la categoría Bastante Adecuado, entre 0,83 y 2,79 Adecuado y por encima de ese valor Poco Adecuado e Inadecuado.

**Tabla 20. Rangos definitivos y los puntos de corte**

Puntos de corte	Categorías(rangos)				
	Muy Adecuado	Bastante Adecuado	Adecuado	Poco Adecuado	Inadecuado
	0,07	0,83	2,79	3,50	

En la **tabla 21** se observa que las valoraciones proporcionadas por los expertos a cada uno de los ítems se muestran favorables, en este caso 6 de los ítems se evaluaron de muy adecuado y 3 de bastante adecuado por lo que se considera válida la estrategia con un elevado grado de relevancia; al alcanzar un nivel de consenso ( $C_c$ ) del 75%. ( $V_n=3$ ;  $V_p=12$ ;  $C_c=75$ ).

**Tabla 21. Valoración de los criterios de los expertos por ítems**

ÍTEMS	VALOR N-P	CATEGORÍA
1	-0,14	Muy Adecuado
2	-0,47	Muy Adecuado
3	-0,17	Muy Adecuado
4	0,65	Bastante Adecuado
5	-0,06	Muy Adecuado
6	0,75	Bastante Adecuado
7	-0,25	Muy Adecuado
8	0,23	Bastante Adecuado
9	-0,54	Muy Adecuado

El método Delphi <sup>91</sup> utilizado en esta investigación como técnica para el consenso de expertos es una herramienta que se enfoca en maximizar el juicio de los participantes y sus habilidades para la toma de decisiones. Se busca recolectar, de forma sistemática, la opinión de expertos sobre un tema específico con el fin de explorar, comparar juicios y obtener el consenso de sus opiniones.

El método Delphi ha demostrado su eficacia, y ha sido utilizado de forma consistente en la validación de instrumentos, por lo que fue pertinente aplicarlo en esta investigación.

La valoración de los expertos es adecuada, ningún aspecto se evaluó de poco adecuado o inadecuado, lo que permitió verificar la validez de la estrategia, resultado que coincide con investigaciones recientes en las que se muestra la aplicación de este método. <sup>138-141</sup>

### III.4. 3. Validación teórica de la estrategia

Como se observa en la **tabla 22** de las tres variables, los mayores promedios correspondieron a la variable funcionalidad, 45,8 no obstante, la ponderación de promedio fue mayor en la variable impacto con 9,7, seguido de la oportunidad con 9,6 y la funcionabilidad con 9,1.

**Tabla 22.** Resultados de la Matriz de Chanlat

Variables	Promedio	Ponderación Promedio
<b>IMPACTO (I)</b>	<b>38,7</b>	<b>9,7</b>
Contribución al logro de los objetivos.	9,6	
Satisfacen las necesidades para lo que fue creada.	9,9	
Cantidad de componentes que involucran.	9,6	
Contribución a la institución.	9,6	
<b>FUNCIONABILIDAD (F)</b>	<b>45,8</b>	<b>9,1</b>
Aceptación esperada.	9,8	
Disponibilidad de recursos.	8,5	
Aseguramiento de la implementación.	8,5	
Calidad del proceso.	9,4	
Factibilidad.	9,2	
<b>OPORTUNIDAD (O)</b>	<b>38,5</b>	<b>9,6</b>
Demandas del entorno que favorecen a la acción.	9,6	
Necesidad de la estrategia.	9,7	
Urgencia de la necesidad de solución.	9,9	
Apoyo General esperado.	9,3	

La matriz Chanlat se utilizó a partir de la valoración realizada por el equipo técnico y los actores sociales que posibilita la identificación de fortalezas y carencias de la propuesta, se evalúan las variables (Impacto, Funcionalidad y Oportunidad) emitieron su juicio para evaluar la efectividad esperada de la estrategia intersectorial.

La efectividad esperada de la estrategia intersectorial elaborada obtuvo un valor superior a 8, lo que se corresponde con una evaluación fuerte y por tanto se considera pertinente su aplicación en la práctica social.

Efectividad esperada de la estrategia (EEE):

$$EEE = \frac{I \times F \times O}{100}$$

$$EEE = \frac{9,7 \times 9 \times 9,6}{100} = 8,38$$

Esta técnica ha sido utilizada por varios investigadores para evaluar la efectividad de programas, modelos de Gestión de la Calidad y estrategias, la misma posibilita identificar las potencialidades e insuficiencias de cualquier propuesta que se construya desde un marco teórico referencial, donde las ciencias y los referentes teóricos exponen las constancias y evidencias en los aportes teóricos y prácticos. <sup>95,142,143</sup>

#### **III.4. 4. Evaluación de la fiabilidad del instrumento.**

Las medidas de fiabilidad intentan cuantificar qué cantidad de la variabilidad de las mediciones obtenidas con un cuestionario (puntuaciones observadas) se debe a las puntuaciones verdaderas y qué cantidad se debe a los errores de medida.

La fiabilidad de una escala se refiere a la capacidad que tiene para medir de forma consistente y precisa la característica que pretende medir. Un cuestionario es fiable si cada vez que se mide a los mismos sujetos se obtiene el mismo resultado.<sup>144</sup>

El análisis de fiabilidad se ocupa de la precisión del instrumento, es decir, de los errores incontrolables, inevitables e impredecibles asociados a todo proceso de medida. Por tanto, puede decirse que un instrumento (cuestionario) es fiable si sus mediciones reflejan exactamente los valores verdaderos del constructo o característica que se investiga. <sup>145,146</sup>

El valor de alfa de Cronbach obtenido es de 0,7146 denota confiabilidad, por tanto es suficiente para garantizar la fiabilidad del instrumento.

En una investigación realizada por Capote Femenías y cols. <sup>147</sup> obtiene el alfa de Cronbach de 0,732 considerado aceptable, resultados muy similares al obtenido en la presente investigación. El  $\alpha$  de Cronbach es el coeficiente más utilizado para la evaluación de la consistencia interna de escalas de medición en salud. <sup>148,149</sup>

Los resultados obtenidos en la investigación son inferiores a los obtenidos en otros estudios en los que se han desarrollado nuevos instrumentos y el resultado del alfa de Cronbach está entre 0,8 y 0,9. <sup>150,151</sup>

### **Conclusiones del capítulo III**

En el capítulo se presentó el análisis y la discusión de los principales resultados de la investigación realizada. Para ello se siguió el orden de los objetivos trazados.

Para el primer objetivo se evaluaron las condiciones de salud bucal de los adultos mayores y su relación con las Determinantes Sociales de la Salud en el municipio Plaza de la Revolución, se identificó que:

Predominaron los adultos mayores del sexo femenino, con condiciones de salud bucal con categoría de regular y un nivel de escolaridad de preuniversitario, también presentan hábitos inadecuados como el consumo de alcohol y alimentación inadecuada. Prevalcieron los adultos mayores que refirieron tener insatisfechas sus necesidades básicas. Sobresale la baja vinculación a los círculos de abuelo y la poca práctica de ejercicios físicos y los servicios de salud fueron evaluados de inadecuados en más de la mitad de los encuestados.

En cumplimiento del objetivo dos y tres se diseñó una estrategia intersectorial sobre las Determinantes Sociales de Salud para mejorar las condiciones de salud bucal del adulto mayor y su validación por expertos resultó de adecuada, así como su validación teórica que fue efectiva para su aplicación en la práctica. La fiabilidad del instrumento utilizado es adecuada.



**CAPÍTULO IV. ESTRATEGIA INTERSECTORIAL SOBRE LAS DETERMINANTES SOCIALES DE  
SALUD EN ADULTOS MAYORES**

## **CAPÍTULO IV. ESTRATEGIA INTERSECTORIAL SOBRE LAS DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD EN ADULTOS MAYORES**

En este capítulo se declaran las principales bases teóricas que constituyen el soporte del proceso para diseñar la estrategia intersectorial sobre las Determinantes Sociales de Salud para mejorar las condiciones de salud bucal de los adultos mayores del municipio Plaza de la Revolución.

### **IV.1. Fundamentación**

La estrategia asume como sustento teórico la filosofía Marxista Leninista como concepción universal del conocimiento científico y su método, la dialéctica materialista entendida como instrumento de y para la actividad del hombre.<sup>152</sup>

De las leyes de la dialéctica materialista, la ley de los cambios cuantitativos en cualitativos para reconocer el papel transformador del modo de actuación del hombre en busca de solucionar los problemas identificados dentro de su propia comunidad.

El principio de unidad de la teoría con la práctica, es el centro para la fundamentación de la estrategia intersectorial ya que todo el conocimiento expuesto está en función de servir en la práctica y contribuir a la solución adecuada de los problemas que surgen ante el individuo, familia y comunidad. La práctica constituye el eje de toda actividad que aspire al calificativo de realmente humana, estando presente precisamente como un aspecto significativo de toda transformación y modo de existencia de los hombres en la sociedad.<sup>153</sup>

Lo anteriormente expuesto, sustenta el rasgo intersectorial del objeto, desde la inclusión de individuos, de cuya actuación planeada, coordinada y debidamente integrada, depende la respuesta social organizada a los problemas de salud.<sup>154</sup>

Han sido útiles los criterios emanados de la sociología de la educación que defienden la necesidad del conocimiento de la sociedad y en particular de la microsociedad (la comunidad); en la determinación de diagnósticos de los que provienen los problemas que deben solucionar.<sup>155</sup>

En esta estrategia dichos criterios se emplean para sustentar las características de las acciones intersectoriales en el logro de la participación organizada de la comunidad.

El envejecimiento poblacional en el mundo al igual que en Cuba constituye un problema de salud. Con el surgimiento del Programa de Atención Integral al Adulto Mayor se ofrece un nuevo paradigma con relación a la atención de las personas mayores de 60 años, que representa al cierre del 2019 el 20,8%.<sup>50</sup>

Resulta todavía más evidente, el interés del Estado y Gobierno de centrar las políticas para brindar una atención médica de alta calidad, para logra una vejez digna y satisfactoria eliminando las inequidades en salud, lo que necesariamente implica la focalización en las Determinantes Sociales de Salud que constituyen riesgos para la salud del adulto mayor.

En la constitución de la República de Cuba de 2019 en su Capítulo II “de los Derechos de los ciudadanos”<sup>156</sup> artículo 72 del derecho a la Salud Pública y 73 del derecho a la educación, dejan claro las características del Sistema de Salud que lo diferencia de otros y le imprime un sello de excelencia en la obtención de indicadores comparables con países desarrollados.

La lucha contra las desigualdades sociales constituye uno de los argumentos de peso para trabajar juntos, con otros sectores, o para incluir los impactos en salud en las acciones de estos últimos, lo que se ha denominado acción intersectorial en salud.<sup>69</sup>

Es preciso lograr un cambio en las condiciones de salud bucal del adulto mayor y es responsabilidad del sector salud lograr acciones que promuevan modificaciones de estilos de vida, hábitos y costumbres que favorezcan la salud, pero no debe quedarse solo el sector de la salud como ejecutor exclusivo, se hace necesario las acciones intersectoriales sobre las Determinantes Sociales de Salud que garantizarán cambios en la salud en la salud general y bucal, mejorando la calidad de vida de estas personas.

Lo referido anteriormente respalda la importancia de las acciones intersectoriales, desde la perspectiva del conjunto de organizaciones, sectores, comunidades, grupos sociales e incluso

individuos, de cuya actuación planeada, coordinada y debidamente integrada, depende la respuesta social organizada.

El diseño de la estrategia está dirigido a realizar acciones participativas e intersectoriales sobre los Determinantes Sociales de Salud, es importante señalar que la intersectorialidad es lo que permitirá la ejecución de la estrategia propuesta y el logro de impactos positivos.

#### **IV.2. Marco referencial legal, político económico, institucional y técnico**

El marco político económico constituye la base orientadora del Gobierno y Estado cubano, que está traducida en los lineamientos de la política económica y social derivados del VIII congreso del Partido Comunista Cubano.<sup>157</sup>

Entre los múltiples aspectos es importante destacar lo referido al lineamiento 116 que tratan de Impulsar el desarrollo integral y pleno de los seres humanos. Continuar consolidando las conquistas de la Revolución, tales como el acceso a la atención médica, la educación, la cultura, el deporte, la recreación, la justicia, la tranquilidad ciudadana, la seguridad social y la protección mediante la asistencia social a las personas que lo necesiten.<sup>157</sup>

Otros de importancia son el 119 y 122 que refieren la implantación gradual de la política para atender los elevados niveles de envejecimiento de la población y continuar estudiando este tema con integralidad y el fortalecimiento de las acciones de salud con la participación intersectorial y comunitaria en la promoción y prevención para el mejoramiento del estilo de vida.<sup>157</sup>

El marco legal constituye la base orientadora que refrenda los derechos de los ciudadanos a que se les atienda y garantice la salud contenida en la República de Cuba, ley número 41 de la Salud Pública<sup>150</sup> y la Constitución de la República de Cuba de 2019 en su Capítulo II de los Derechos de los ciudadanos. Artículos 72 del derecho a la Salud Pública.<sup>158</sup>

Por otro lado, el marco institucional y técnico define la base orientadora sectorial que corrobora la necesidad de incrementar la calidad de los servicios de salud y su desempeño, así como las intervenciones sanitarias e intersectoriales necesarias para el mejoramiento del estado de salud de

la población y su satisfacción. Estas orientaciones están contenidas en los documentos “Transformaciones necesarias en el sistema Nacional de Salud” y los objetivos de trabajo del Ministerio de Salud Pública actualizados anualmente. <sup>159</sup>

### **IV.3. Requerimientos**

- Enfoque participativo de todos los actores sociales implicados en la elaboración e implementación de la estrategia intersectorial sobre las Determinantes Sociales de Salud.
- Responsabilidad de los máximos dirigentes de cada nivel para cumplimentar las acciones propuestas en la estrategia.
- Enfoque estratégico con el compromiso de las direcciones de los organismos implicados en el cumplimiento de la estrategia.
- Fortalecimiento el compromiso de los actores sociales, de los adultos mayores y de la comunidad en la solución de problemas identificados.

### **IV.4. Características**

- Carácter sistémico al interrelacionar las condiciones de salud bucal de los adultos mayores, las dimensiones de las Determinantes Sociales de Salud y las diferentes etapas de la estrategia.
- Carácter participativo al considerar la creación de equipo técnico y los actores sociales para la elaboración de la estrategia.
- La Intersectorial que se logra mediante la vinculación entre los sectores de la comunidad que intervinieron de forma dinámica en la elaboración e implementación de la estrategia.

### **IV.5. Rasgos**

- Factibilidad: se cuenta con los recursos para realizar las acciones previstas.
- Aplicabilidad: la estrategia es aplicable por el compromiso de los actores sociales involucrados.
- Generalidad: es posible generalizar la estrategia a otros contextos.

- Pertinencia: se refiere a la solución del problema central identificado.
- Originalidad: la estrategia es inédita y se distingue por su novedad.
- Validez: existe coherencia entre las actividades que se pretenden desarrollar y las acciones propuestas.
- Flexibilidad: se refiere a la posibilidad de crear un conjunto de acciones que pueden ser adaptadas en función de cualquier contingencia sin afectar el objetivo propuesto.

#### **IV.6. Misión y Visión**

##### **Misión**

Contribuir mediante una estrategia intersectorial sobre las Determinantes Sociales de Salud al mejoramiento de la salud bucal del adulto mayor del municipio Plaza de la Revolución y su satisfacción.

##### **Visión**

La estrategia de intervención intersectorial sobre las Determinantes Sociales de Salud dirigida a elevar las condiciones de salud bucal del adulto mayor del municipio Plaza de la Revolución se concibe como un esfuerzo solidario integral de todos los sectores de la comunidad y es un referente para el resto de los municipios de la provincia.

#### **IV.7. Objetivos estratégicos**

##### **Dimensión medio ambiente**

1. Instaurar espacios urbanos saludables para la realización de actividades, recreativas, culturales, deportivas, educativas.
2. Mejorar la situación higiénico-sanitaria de las viviendas y del entorno residencial.
3. Revitalizar las casas de abuelo y centros de rehabilitación con las condiciones óptimas que garanticen una buena atención.

##### **Dimensión modo y estilo de vida**

1. Promover el envejecimiento activo y saludable mediante las acciones integrales sobre estilos de vida y movimientos de comunidades saludables.
2. Fortalecer la vinculación con los centros de atención a la familia de los órganos locales del gobierno que prestan servicios a los ancianos que lo necesitan.
3. Reorganizar las acciones educativas para la adquisición de estilos de vida saludables.
4. Solicitar al gobierno municipal que valore cómo mejorar la satisfacción de las necesidades básicas de los adultos mayores con bajo poder adquisitivos y sin amparo familiar.

#### **Dimensión de organización de los servicios de salud**

1. Reorganizar el funcionamiento de los círculos de abuelos que garanticen mayor vinculación de los adultos mayores.
2. Elevar los conocimientos sobre promoción de salud y prevención de enfermedades del adulto mayor mediante la realización de intervenciones educativas.
3. Realizar un reordenamiento de los servicios estomatológicos para lograr una atención integral que garantice la satisfacción del adulto mayor.

#### **IV.8. Etapas de la estrategia intersectorial**

##### **IV.8.1. Primera etapa: diagnóstico**

Objetivo: identificar las Determinantes Sociales de Salud y su relación con las condiciones de salud bucal de los adultos mayores del municipio Plaza de la Revolución.

Acciones:

1. Revisar la documentación.
2. Observar las características del entorno.
3. Aplicar encuestas a la población.
4. Realizar el examen del complejo bucal.

##### **IV.8.2. Segunda Etapa: elaboración de la estrategia intersectorial**

Objetivo: diseñar la metodología para la elaboración de la estrategia intersectorial.

Acciones:

1. Crear el equipo técnico.
2. Seleccionar los actores sociales implicados en la elaboración de la estrategia.
3. Analizar las causas y efectos de la problemática identificada en la primera etapa de la investigación.
4. Diseñar la metodología de la estrategia y confección de las acciones intersectoriales por parte del grupo técnico y de los actores sociales.

#### **IV.8.2.1. Acciones intersectoriales, criterios de medida e indicadores**

##### **Dimensión medio ambiente**

1. Creación de entornos urbanos que favorezcan la realización de actividades de esparcimiento, que permitan la práctica deportiva, en contacto con la naturaleza: "estar al aire libre; o facilitando espacios de reunión y entornos relajados: que permitan poder expresarse y otros te oigan," "interacción y sensibilización con el reino animal". Realizar actividades culturales y recreativas.
2. Mejoramiento del entorno o barrio residencial mediante el fortalecimiento de la política de los gobiernos del municipio, (mantenimiento constructivo de viviendas, incremento de las áreas verdes, disminución del tráfico, mejorar las vías de tránsito, el estado constructivo de sus calles y aceras que constituyen riesgos potenciales para las caídas, entre otros).
3. Ampliación de las capacidades y crear las condiciones óptimas de las casas de abuelos para ofrecer atención integral diurna a los ancianos carentes de amparo familiar.
4. Fortalecimiento de los centros de rehabilitación física, psicológica y social para reactivar, y reintegrar socialmente al anciano.

##### **Dimensión modo y estilo de vida**



1. Ampliar actividades integrales que garanticen la participación de todos los sectores de la comunidad. (educación, salud, cultura, comercio y gastronomía).
2. Organización del movimiento de comunidades saludables: Establecer fines de semanas o Semana Saludable con el objetivo de brindar información y capacitación sobre la importancia y los beneficios de una vida saludable.
3. Ampliación de las acciones educativas sobre la adquisición de estilos de vida saludables, mediante talleres, conferencias, charlas y diferentes actividades comunitarias, dirigidas por instructores de arte, de cultura, promotores de salud, profesores de educación física, de Tai Chi, personal de salud, comunicadores sociales y psicólogos:
  - Los efectos positivos que tienen en la salud la realización de ejercicios físicos, eliminar el sedentarismo mediante la realización de caminatas, ejercicios, Tai Chi, bailes, entre otras y proveer los medios necesarios para la realización de estas actividades.
  - Talleres de risoterapia en grupos, con el fin de fortalecer el bienestar subjetivo y psicológico. Estimular la risa de manera desinhibida, mediante dinámicas de comunicación, expresión corporal y de autoafirmación.
  - Talleres sobre música, estimular la musicoterapia y las emociones expresadas por estas al escuchar salsa o música cubana, las personas bailan, emiten risas, se relajan y escuchan atentos.
  - Talleres y charlas sobre: alimentación saludable y profundizar en la importancia de las vitaminas y minerales en la vejez. Efecto perjudicial para la salud de las adicciones; alcoholismo, tabaquismo y la drogadicción.  
  
Higiene bucal y de las prótesis estomatológicas, la importancia de la realización del autoexamen bucal.

- Confección y entrega de materiales educativos sobre el tema de salud general y bucal, plegables de higiene bucal y de las prótesis estomatológicas, orientaciones sobre el autoexamen bucal.
  - Promover actividades de educación para la salud con abuelos, familiares y trabajadores; estrechar vinculación para fortalecer la integración familiar y social del anciano, garantizar una alimentación acorde al estado nutricional y de sus enfermedades.
4. Sugerir al gobierno municipal realizar un estudio para mejorar algunos aspectos que afectan la satisfacción de las necesidades básicas de los adultos mayores del municipio para reducir las inequidades, estos son:
- Modificar el sistema de precios de los alimentos saludables y artículos de primera necesidad que se ofertan a los adultos mayores en el mercado.
  - Crear los mecanismos para un apoyo económico adicional a los ancianos cuya jubilación o pensión no sean suficientes para satisfacer sus necesidades básicas y la adquisición de los medicamentos.
  - Sistematizar la atención diferenciada a ancianos con bajo poder adquisitivo o que estén desamparados familiarmente para vincularlos a centros de atención a la familia en la comunidad

#### **Dimensión organización de los servicios de salud**

1. Fortalecimiento del funcionamiento de los círculos de abuelos, como parte del Programa de Atención al Adulto Mayor, cuyo objetivo es promover la participación de los ancianos, de modo activo y espontáneo, en actividades de promoción y prevención de salud.
2. Realizar acciones de promoción de salud y prevención de enfermedades estomatológicas a los adultos mayores institucionalizados y en los consultorios sobre temas de higiene bucal, cuidado de prótesis, principales enfermedades bucales y sus

factores de riesgo, la realización del autoexamen bucal y examen bucal. Reforzar las acciones sobre el cáncer bucal.

3. Fortalecimiento en el sector salud de la realización de estrategias y programas educativos puntualizando temas principales como: la dieta adecuada del anciano, efecto perjudicial de las adicciones, práctica de ejercicios físicos, visita frecuente al estomatólogo, la realización del autoexamen bucal, la autorresponsabilidad con la salud.
4. Garantizar la accesibilidad de los servicios estomatológicos, eliminando las barreras arquitectónicas como son las escaleras; reorganizar las áreas de salud hacia los servicios más cercanos facilitando la transportación de los adultos mayores.
5. Reorganizar los servicios estomatológicos priorizando a este grupo poblacional y reforzar los recursos materiales para realizar tratamientos de rehabilitación de prótesis estomatológicas.

#### **IV.8.2.2. Descripción de criterios de medida e indicadores**

##### **Dimensión medio ambiente**

##### **Criterios**

- Más del 80% de las áreas verdes urbanas subutilizada (plazas, parques) deben convertirse en entornos urbanos saludables para la realización de actividades culturales, recreativas de los adultos mayores.
- Mejorar en un 50% el estado constructivo de viviendas, calles y aceras que constituyen riesgo de caídas.
- Más del 90% de las casas de abuelo deben estar revitalizadas con las condiciones óptimas de funcionamiento.
- Más del 90% de los centros de rehabilitación física, psicología y social estén en óptimas condiciones para su funcionamiento adecuado.

##### **Indicadores**

Porcentaje de entornos urbanos saludables creados por consejo popular.

Número de viviendas o barrio de residencia mejoradas.

Número de casas de abuelo creadas y revitalizadas en el municipio.

Cantidad de centros de rehabilitación reparados en el municipio que brindan rehabilitación física, psicología y social.

## **Dimensión modo y estilo de vida**

### **Criterios**

- Cumplimentar en un 90% la realización de actividades en la comunidad que integre varios sectores Educación, Salud, Cultura, Alimentos.
- Integración de los consejos populares al movimiento de comunidades saludables, debiendo establecer las semanas, fines de semanas o barrios saludables.
- Cumplimentar en más del 90% las actividades de educación para la salud para la adquisición de estilos de vida saludables.
- Mejoramiento de la satisfacción de las necesidades básicas en más del 80% que necesiten un apoyo económico diferenciado.
- Vinculación del 70% de los ancianos que necesitan ayuda económica y estén desamparados familiarmente a centros de atención a la familia en la comunidad.

### **Indicadores**

Porcentaje de actividades realizadas en cada consejo popular mensual y anual, según plan de acción

Porcentaje de barrios y consejos vinculados al movimiento de comunidades saludables.

Número de talleres, conferencias, charlas y otras actividades realizadas por consejos populares.

Porcentaje de adultos mayores beneficiados con las actividades educativas.

Porcentaje de adultos mayores vinculados a los centros de atención a la familia.

Porcentaje de adultos mayores con las necesidades básicas resueltas.

## **Dimensión organización de los servicios de salud**

### **Criterios**

- Reorganización del 100% de los círculos de abuelos.
- Integración del 80% de los adultos mayores a los círculos de abuelos.
- Realización trimestralmente de actividades de promoción de salud y prevención de enfermedades en hogares de ancianos, casas de abuelos y en los consultorios médicos.
- Realización anual de programas y estrategias educativas en las instituciones.
- Eliminación del 100% de las barreras arquitectónicas en los servicios.
- Disponibilidad de recursos humanos según lo establece el Programa Nacional de Atención Integral a la Población.
- Abastecimiento de recursos materiales para realizar los tratamientos estomatológicos de los adultos mayores.
- El 100% de los turnos para la atención estomatológica a los adultos mayores se planifiquen en los primeros horarios de la mañana.

### **Indicadores**

Número de círculos de abuelo con funcionamiento adecuado.

Porcentaje de adultos mayores incorporados a los círculos de abuelo.

Porcentaje de actividades de promoción de salud y prevención de enfermedades realizadas.

Número de programas y estrategias educativas realizadas anualmente.

Número de Estomatólogos por consultorio.

Porcentaje de los abastecimientos de recursos materiales para realizar los tratamientos estomatológicos Clasificar en adecuados el abatimiento (cuando existen al menos los necesarios para realizar los tratamientos esenciales) e inadecuado (cuando no se pueden realizar los procesos de atención, solo urgencias).

Porcentaje de adultos mayores con consulta planificada en los horarios establecidos.

### **IV.8.3. Tercera Etapa: Implementación de la estrategia intersectorial**

Objetivo: establecer las bases para la ejecución del plan de acción a nivel de los consejos populares entre los años 2021 al año 2023.

#### **Acciones**

1. Capacitar al equipo técnico y actores sociales que implementarán la estrategia intersectorial.
2. Establecer el cronograma de implementación de la estrategia intersectorial. (Anexo 17)
3. Elaborar en cada consejo popular el plan de actividades que dan cumplimiento a las acciones previstas en la estrategia intersectorial.

### **IV.8.4. Cuarta Etapa: Evaluación**

La evaluación de la estrategia intersectorial es un proceso continuo, que incluye el control de todas las actividades que garanticen que las acciones reales coincidan con las planificadas y permitan tomar las medidas necesarias para minimizar las irregularidades y la evaluación del impacto.

**Objetivo:** evaluar los resultados de la aplicación de la estrategia intersectorial en los consejos populares.

#### **IV.8.4.1. Evaluación operativa**

##### **Acciones**

- Elaborar el plan de acción.
- Identificar los factores externos que puedan afectar la ejecución.
- Coordinar de manera permanente con todos los implicados la ejecución del plan de acción.
- Comunicar a todos los niveles la marcha del plan de acción.
- Rendir cuentas al consejo de la administración.

#### **IV.8.4.2. Evaluación de resultados o impacto**

##### **Acciones**

- Seleccionar las dimensiones a evaluar: salud, condiciones de vida, accesibilidad, estilos de vida y satisfacción.
- Seleccionar los instrumentos de evaluación.
- Realizar los ajustes requeridos.
- Elaborar informe.

#### **Conclusiones del capítulo IV**

La estrategia de intervención intersectorial propuesta es el resultado de un proceso de investigación, tiene una estructura lógica a través de etapas sucesivas que se describen para que su implantación sea efectiva en la práctica.

## CONCLUSIONES

Tras concluir la investigación acerca de la estrategia intersectorial sobre las Determinantes Sociales de Salud en adultos mayores se concluye que:

- La evaluación de las condiciones de salud bucal de los adultos mayores y su relación con las Determinantes Sociales de Salud determinantes sociales de la salud reveló que predominó el sexo femenino, condiciones de salud bucal con categoría de regular, nivel de escolaridad de preuniversitario, hábitos inadecuados, pobre vinculación a los círculos de abuelos, percepción de necesidades básicas insatisfechas y servicios de salud inadecuados.
- Se elaboró una estrategia intersectorial sobre las Determinantes Sociales de Salud en adultos mayores que se fundamentó en el diagnóstico de las condiciones de salud bucal de los adultos mayores, con carácter sistémico, participativo e intersectorial la misma se organizó por etapas y dimensiones apropiadas al contexto en el que se realizó la investigación.
- La validación de la estrategia intersectorial sobre las Determinantes Sociales de Salud en adultos mayores a través del criterio de expertos, resultó adecuada, así como su validación teórica fue efectiva para su aplicación en la práctica.
- El Instrumento diseñado es una medida aceptable y fiable.





## **RECOMEDACIONES**

Implementar la estrategia intersectorial en los consejos populares seleccionados y generalizarla en todo el municipio y generalizar en la provincia.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Benavides Castellanos M P. Determinantes sociales del proceso salud–enfermedad de los universitarios. Área de salud, Universidad Nacional de Colombia Bogotá. Acta Odontológica Colombiana 2014 [citado 14 Ene 2020]; 4(2): Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/actaodontocol/article/view/48758>
2. 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 las determinantes de la salud. Rev Cub Hig Epidemiol 2009 [citado 14 Ene 2020]; 47 (1): Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-30032009000100006&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032009000100006&lng=es&nrm=iso)
3. Álvarez Pérez AG, Luis González IP, Rodríguez Salvia AJ, Bonet Gorbea MH, Alegret Rodríguez M, Romero Placeres M. Actualización conceptual sobre las determinantes de la salud desde la perspectiva cubana. Rev Cub Hig Epidemiol 2010 [citado 14 Ene 2020]; 48 (2): Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-30032010000200010&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032010000200010&lng=es&nrm=iso)
4. 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 2013 [citado 1 oct 2020]; 14(2): Disponible en: <http://remij.sld.cu/index.php/remij/article/view/80/170>
5. Rojas Ochoa F. Determinantes sociales de la salud y la acción política. Rev Hum Med 2013 [citado 2020 Jul 11]; 13(2): Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-81202013000200001&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202013000200001&lng=es).
6. Hernández L, Ocampo J, Ríos D, Calderón C. El modelo de la OMS como orientador en la salud pública a partir de los determinantes sociales. Revista de Salud Pública [Internet]. 2017 [citado 01 Dic 2020]; 19(3): [aprox. 7 p.]. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rsap/2017.v19n3/393-395/>

7. Bécquer Águila JL, Velarde Almenares M. Organización de la atención gerodontológica. En: González Naya G, Montero del Castillo ME. Estomatología General Integral. Editorial de Ciencias Médicas.2014 [citado 8 jun 2020]; p.368-9. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci>
8. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra, Suiza: OMS; 2017 Envejecimiento y salud; Nota descriptiva N 404 Septiembre de 2015 [citado 24 Jul 2020]; Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/es/>
9. Dominguez Crespo C, Crespo Crespo C, Vallejo Aguirre F, Garcia Rupaya C, Evangelista Alva A, del Castillo López C. Aspectos socio demográficos y calidad de vida en salud Bucal, del personal del municipio de Azogues Ecuador. Rev. Estomatol. Herediana [Internet]. 2019 Ene [citado 24Feb 2020]; 29(1): 7-16. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1019-](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1019-)
10. González Ramos R M, Hechavarría Puente G, Batista González N M, Cueto Salas. Los determinantes sociales y su relación con la salud general y bucal de los adultos mayores. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2017 [citado 8 abr 2020]; 54(1): 60-71. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75072017000100006&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072017000100006&lng=es)
11. Cueto Salas A, Batista González NM, González Ramos RM. Determinantes sociales y condiciones de salud bucal en adultos mayores. Rev cubana estomatol 2019 [citado 8 abr 2020]; 56 (2): Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=90840>
12. González Ramos RM, Salud bucal del adulto mayor y determinantes sociales de la salud. Policlínico Plaza de la Revolución. Cuba Salud 2018 [citado 8 abr 2020]; Disponible en: <http://www.convencionsalud2017.sld.cu/index.php/convencionsalud/2018/paper/viewPaper/2>

13. Álvarez Pérez A G, García Fariñas A, Bonet Gorbea M. Pautas conceptuales y metodológicas para explicar los determinantes de los niveles de salud en Cuba. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2007 [citado 2020 Jul 11]; 33(2): Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662007000200013&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000200013&lng=es).
14. Salgado León RE, Céspedes León FJ, Céspedes Salgado DA. Adulto mayor y desarrollo humano. Retos de los profesionales de la educación y la salud. ROCA revista científico educacional de la provincia Granma. 2020 [citado 2020 Jul 11]; Volumen 16 Disponible en: <https://revistas.udg.co.cu/index.php/roca/article/view/1284>
15. Rodríguez Cabrera A, Collazo Ramos M, Calero Ricard J, Bayarre Vea H, Álvarez Vázquez L. Intersectorialidad alternativa principal para enfrentar el envejecimiento poblacional en Cuba. Memorias Convención Internacional de Salud Pública. Cuba Salud 2012. [citado 2020 Jul 11]; La Habana: MINSAP; 2012 Disponible en: <http://actasdecongreso.sld.cu/index.php?P=FullRecord&ID=1323>
16. Castell Florit Serrate P, Gispert Abreu EÁ. Intersectorialidad en el contexto socioeconómico cubano y sus implicaciones en la salud de la población. Rev Cubana Salud Púb 2012 [citado 20 Feb 2020]; 38(5): 823-833. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662012000500015&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662012000500015&lng=es)
17. González Rodríguez R, Cardentey García J. El envejecimiento poblacional: un desafío para los profesionales de la salud en Cuba. Revista Habanera de Ciencias Médicas [revista en Internet]. 2015 [citado 8 abr 2019]; 0(6): Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/1081>
18. Villafuerte Reinante J, Alonso Abatt YA, Alonso Vila Y, Alcaide Guardado Y, Leyva Betancourt IM, Arteaga Cuéllar Y. El bienestar y calidad de vida del adulto mayor, un reto para la acción intersectorial. Medisur [Internet]. 2017 [citado 01 Dic 2020]; 15(1): [aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=70685>

19. Barciela González Longoria MC, Sosa Rosales MC, Fernández Pratts MJ. Análisis de la situación de salud en las comunidades. Aspectos de salud bucodental. En: González Naya G, Montero del Castillo ME. Estomatología General Integral. Editorial de Ciencias Médicas; 2014. p. 29 - 37
20. Pardo Romero FF, Hernández LJ. Enfermedad periodontal: enfoques epidemiológicos para su análisis como problema de salud pública. Rev. Salud Pública [Internet]. 2018 [citado 2019 Nov 15]; 20 (2): 258-264. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rsap/2018.v20n2/258-264/es/>
21. González Ramos RM, Rosales Reyes SA, Batista Vila M. Las determinantes sociales en el Plan D de la carrera de Estomatología. Cuba salud 2015. [citado 8 abr 2020]; Disponible en: <http://www.convencionosalud2015sld.cu/index.php/Convencionosalud/2015/paper/view>
22. Benach de Rovira J, Muntaner Bonet C, Tarafa G, Vergara M. Impacto del informe de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud cuatro años después. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2012 [citado 2020 Jul 11]; 38(Suppl 5). 794-802. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662012000500012&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662012000500012&lng=es)
23. Sánchez Ramírez M A, Humala Lema E R. Sánchez Humala R. Dr. John Snow, Father of the Modern Epidemiology. Revista Médica Carrionica 2017; [citado 2020 Jul 11]; 4 (3): II Disponible en: <https://www.google.com/url?esrc=s&q=&rct=j&sa=U&url=http://cuerpomedico.hdosdemayo.gob.pe/index.php/revistadulto>  
[http://mayoredicacarrionica/article/download/184/140&ved=2ahUKEwix7jtYbyAhXGm2oFHQ5SSDd0QFnoECAIQAQ&usg=AOvVaw2AEAizVw\\_6NdHIZoOib6p](http://mayoredicacarrionica/article/download/184/140&ved=2ahUKEwix7jtYbyAhXGm2oFHQ5SSDd0QFnoECAIQAQ&usg=AOvVaw2AEAizVw_6NdHIZoOib6p)
24. González Pérez U. El concepto de calidad de vida y la evolución de los paradigmas de las ciencias de la salud. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2002 [citado 2020 Jul 28]; 28(2):

- 157-175. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662002000200006&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662002000200006&lng=es).
25. Morabia A. Pasado presente y futuro de la epidemiología. Una perspectiva latinoamericana. Rev Salud Pública (Bogotá). 2013 [citado 2020 Abr 14]; 15(5): 719–730. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v15n5/v15n5a08.pdf>
26. Rodríguez López J F. Epidemiología: El cambio de paradigmas. Rev. Medcentro Electrónica 2014 [citado 2020 Jun 03]; 18(3): 93-99. Disponible en: <http://www.medcentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/view/1310>
27. Martínez O. La epidemiología en busca de contexto social. Acta Med Colomb [Internet]. 2012 Apr [cited 2020 July 28]; 37(2): 93-96. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-24482012000200009&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-24482012000200009&lng=en).
28. Hernández Girón C, Orozco Núñez E, Arredondo López A. Public health conceptual models and paradigms. Rev. salud pública. 2012 [citado 2020 Jun 03]; 14 (2): 315-324 Disponible en: <https://scielosp.org/pdf/rsap/v14n2/v14n2a12.pdf>
29. García Carmiña. Perspectivas histórico-sociales del paradigma de la salud. Rev.Cs.Farm. y Bioq [Internet]. 2017 [citado 2020 Jul 17]; 5(2): 63-77. Disponible en: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2310-02652017000200007&lng=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2310-02652017000200007&lng=es).
30. Organización Mundial de la Salud, Comisión sobre determinantes sociales de la salud. Acción sobre los factores sociales determinantes de la salud: aprender de las experiencias anteriores. Ginebra: OMS; 2005 [citado 20 Sep 2020]; Disponible en: [http://www.who.int/social\\_determinants/resources/actions.pdf](http://www.who.int/social_determinants/resources/actions.pdf)
31. Krieger Nancy. Glosario de epidemiología social. Boletín Epidemiológico. 2002 [citado 20 Sep 2019]; Vol. 23 (2): 2-17 Disponible

en:[https://www.unida.org.ar/Bibliografia/documentos/Salud%20Comunitaria/glosario\\_epidemiologia\\_social.pdf](https://www.unida.org.ar/Bibliografia/documentos/Salud%20Comunitaria/glosario_epidemiologia_social.pdf)

32. Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre determinantes sociales de la salud. OMS; 2008 [citado 24 Sep 2019]; Disponible en: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB124/B124\\_9-sp.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB124/B124_9-sp.pdf)
33. Santos Padrón H. Los determinantes sociales, las desigualdades en salud y las políticas, como temas de investigación. Rev Cub Salud Pública 2011 [citado 14 Ene 2020]; 37 (2): Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662011000200007&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662011000200007&lng=es&nrm=iso)
34. Díaz Perera Fernández G, Bacallao Gallestey J, Alemañy Pérez E. Relación entre la dimensión socioeconómica y la dimensión salud en familias cubanas. Rev. Cubana Salud Pública [Internet]. 2012 Sep [citado 2020 Jul 11]; 38(3): 403-413. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662012000300007&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662012000300007&lng=es)
35. Padovani Clemente S, Pazos San Martín E, Padovani Cantón ADULTO MAYOR, Ruano Ortega M. Determinantes sociales de la salud y sistema de gestión de la calidad en servicios estomatológicos. RevHabCienMed [Internet]. 2014 [citado 13 jun 2019]; 13 (5): 757-768. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2014000500013&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2014000500013&lng=es&nrm=iso)
36. Sánchez Tirado RM. Determinantes Sociales de la Salud desde la perspectiva del Adulto Mayor de la Zona Sur Oriente del Estado de México [tesis]. México: Universidad Autónoma del Estado de México; 2018. [citado 14 Ene 2020]; Disponible en: <http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/94899>
37. Linares Pérez N. Aplicación de los enfoques de salud de la población y los determinantes sociales en Cuba. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2015 Mar [citado 2021 Jul 28]; 41(1).



- Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662015000100009&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662015000100009&lng=es)
38. Lima Barreto, M. Desigualdades em Saúde: uma perspectiva global. 2017 [citado 01 Dic 2021]; Ciênc. saúde colet. 22 (7): Disponible en: <https://www.scielo.br/j/csc/a/XLS4hCMT6k5nMQy8BJzJhHx/abstract/?lang=pt>
39. Martínez Abreu J, Gispert Abreu EÁ, Castell Florit Serrate P, Alfonso Pacheco CL, Diago Trasancos H. Consideraciones sobre el concepto de salud y su enfoque en relación a la salud bucal. Rev. Med. Electrón. [Internet]. 2014 Oct [citado 01 Dic 2020]; 36(5): [aprox. 10 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242014000500015&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000500015&lng=es)
40. González Rodríguez R. Necesario análisis de las determinantes sociales de la salud. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. MarinelloVidaurreta [Internet]. 2016 [citado 01 Dic 2020]; 41(7): [aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.revzoilomarinellosld.cu/index.php/zmv/article/view/775>
41. Sánchez González D. Ambiente físico-social y envejecimiento de la población desde la gerontología ambiental y geografía: Implicaciones socio espaciales en América Latina. Revista de geografía Norte Grande [Internet]. 2015 [citado 01 Dic 2018]; (60): [aprox. 7 p.]. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-022015000100006>
42. Dho MS. Factores asociados a la utilización de servicios de salud odontológicos. Ciência&SaúdeColetiva [Internet]. 2018 [citado 01 Dic 2020]; 23 (2): Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018232.18672015>
43. Rodríguez Torres ÁF, Analuiza Analuiza EF. Influencia de las actividades físico-recreativas en la autoestima del adulto mayor. Rev Cubana InvestBioméd [Internet]. 2016 Dic [citado 01 Dic 2020]; 35(4): [aprox. 10 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03002016000400007&lng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002016000400007&lng=es)

44. Cogollo-Jiménez, R., Amador Ahumada C, Villadiego-Chamorro M. El cuidado de la salud de la familia. Duazary, 2019 [citado 01 Dic 2020]; 16(2), 345–355. Disponible en: <https://doi.org/10.21676/2389783X.3157>
45. Álvarez Pérez AG, Luis González IP, Maldonado Cantillo G, Romero Placeres M, Bonet Gorbea MH, Lage Dávila C. 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 HigEpidemiol [Internet]. 2014 Ago [citado 01 Dic 2020]; 52(2): [aprox. 7 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-30032014000200009&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032014000200009&lng=es)
46. Martínez Abreu J, Capote Femenias J, Bermúdez Ferrer G, Martínez García Y. Determinantes sociales del estado de salud oral en el contexto actual. Medisur [revista en la Internet]. 2014 Ago [citado Feb 28 2020]; 12(4): 562-569. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2612>
47. Alvarado García AM, Salazar Maya AM. Análisis del concepto de envejecimiento. Gerokomos [Internet]. 2014 [citado Dic 04 2020]; 25(2): 57-62. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v25n2/revision1.pdf>
48. Organización de las Naciones Unidas. Informe World Population Ageing 1950-2050. Population (ST/ESA/SER.A/207), Nueva York. Publicación de la Naciones Unidas, N° de venta: E.02.XIII.3 [citado Dic 04 2020]; Disponible en: <http://globalag.igc.org/ruralaging/world/ageingo.htm>
49. Bongaarts John. United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division World Family Planning. Highlights, United Nations Publications, 2020. [citado Dic 04 2020]; 46(4): Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/padr.12377?af=R>
50. Anuario estadístico de salud. Dirección de registros médicos y estadísticas de salud. La Habana. 2019. [citado Dic 04 2020]; Disponible en:

<https://files.sld.cu/bvscuba/files/2020/05/Anuario-Electr%C3%B3nico-Espa%C3%B1ol-2019-ed-2020.pdf>

51. Benítez Villalba F. Informe El Estado actual y prospectivo de la población cubana: Un reto para el desarrollo territorial sostenible. Oficina Nacional de Estadística, República de Cuba. Edición diciembre, 2016. [citado Dic 04 2020]; La Habana, Cuba Disponible en: <https://silo.tips/download/oficina-nacional-de-estadisticas-centro-de-estudios-de-poblacion-y-desarrollo>
52. Rodríguez Gómez G, Molina Cintra M, Quintana Llanio L. Fecundidad. Estudio y comportamiento. América Latina y Cuba. Revista novedades en población. 2015 [citado Dic 04 2020]; 11(21): Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rnp/v11n21/rnp050115.pdf>
53. Ramos Monteagudo A M, Yordi García M J. Envejecimiento demográfico en Cuba y los desafíos que presenta para el Estado. Medwave 2018 [citado Dic 04 2020]; 18(4): Disponible en: <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Enfoques/Ensayo/7231.act>
54. Tornés Bernal MC, Días Rodríguez Y, Reynosa Navarro E. Envejecimiento poblacional en Cuba: rol de los medios informativos nacionales. Revista de Investigación y Cultura Universidad César Vallejo Inv. Cult. 2020 Chiclayo Lambayeque Perú [citado Dic 04 2020]; 9(2): Abril– Junio Disponible en: <http://revistas.ucv.edu.pe/index.php/UCV-HACER/article/view/2521>
55. Ramos Monteagudo A M, Yordi García M, Miranda Ramos MA. El envejecimiento activo: importancia de su promoción para sociedades envejecidas. AMC [Internet]. 2016 Jun [citado 2020 Jul 12]; 20(3): 330-337. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552016000300014&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552016000300014&lng=es)
56. Albizu-Campos Espiñeira, Juan Carlos. Cuba. Escenarios demográficos hacia 2030. Revista Novedades en Población, 2015 [citado 2020 Jul 12]; 11(21): Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1817-40782015000100001&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-40782015000100001&lng=es&tlng=es)

57. Centro Iberolatinoamericano para la Tercera Edad. Programa de Atención al Adulto Mayor en Cuba. Programa Integral de Atención al Adulto Mayor [Internet]. 2017 [citado 2019 nov 04]; Disponible en: <http://www.sld.cu/instituciones/gericuba/paamc/>
58. Quintana Mugica R, Torres Martínez BL, Cruz Peña A. Envejecimiento poblacional, un desafío para la atención primaria de salud. Acta Médica del Centro [revista en Internet]. 2015 [citado 29 Ago 2020]; 9 (4): [aprox. 3p]. Disponible en: [http://www.revactadulto.mayoredicacentro.sld.cu/index.php/adulto\\_mayorc/article/viewFile/306/pdf\\_18.4](http://www.revactadulto.mayoredicacentro.sld.cu/index.php/adulto_mayorc/article/viewFile/306/pdf_18.4)
59. Llanes Betancourt C. Envejecimiento demográfico y necesidad de desarrollar las competencias profesionales en enfermería geriátrica. Rev Habanera de Ciencias Médicas [revista en Internet]. 2015 [citado 29 Ago 2020]; 14 (1): Disponible en: : <http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v14n1/rhcm13115.pdf>
60. Moya P.,Chappuzeau E., Monsalves M.J., Situación de salud oral y calidad de vida en adultos mayores Rev Estomatol Herediana. [revista en la Internet]. 2012 oct – dic [citado 2021 Feb 28]; 22 (4): 197 – 202. Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vr>
61. Padilla Sánchez ML, Saucedo Campos G, Ponce Rosa ER, González Pedraza A. Estado de dentición y su impacto en la calidad de vida en adultos mayores. Rev. CES Odon. [Internet]. 2017 [citado 2020 Nov 5]; 30 (2): 16-22. Disponible en: <http://revistas.ces.edu.co/index.php/odontologia/article/viewFile/4609/pdf>
62. Pardo Romero FF, Hernández LJ. Enfermedad periodontal: enfoques epidemiológicos para su análisis como problema de salud pública. Rev. Salud Pública [Internet]. 2018 [citado 2020 Nov 15]; 20 (2): 258-264. Disponible en: <https://doi.org/10.15446/rsap.V20n2.64654>
63. Rodríguez Fuentes M, Arpajón Peña Y, Herrera López IB. Autopercepción de salud bucal en adultos mayores portadores de prótesis estomatológica. Rev Haban Cienc Méd [Internet].

- 2016 [citado 2020 Mayo 17]; 15(1). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2016000100007&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2016000100007&lng=es).
64. Kurt Espinoza Espinoza DA. Calidad de vida en relación a la salud bucal en adultos mayores concurrentes al centro del adulto mayor de San Isidro. [Tesis]. Lima-Peru: Universidad Peruana; 2017 [citado 2020 Nov 5]; 59p. Disponible en: [http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/adulto\\_mayor/handle/upch/1397/Calidad\\_EspinozaEspinoza\\_Diego.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/adulto_mayor/handle/upch/1397/Calidad_EspinozaEspinoza_Diego.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
65. Casanova Moreno MC; Navarro Despaigne DA; Bayarre Veá HD; Sanabria Ramos G; Trasancos Delgado M; Moreno Iglesias M. Diseño de un programa de educación para la salud dirigido a adultos mayores con diabetes mellitus. Archivo Médico de Camagüey. [Internet]. 2016 Dic [citado 2020 Nov 15]; 20 (4): 394-402. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=211146828008>
66. Colectivo de autores. Programa Nacional de atención estomatológica integral la población La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2013. p. 150-262 Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=ADOLEC&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=688339&indexSearch=ID>
67. Rodríguez Cabrera A, Collazo Ramos M, Calero Ricard J, Bayarre Veá H, Álvarez Vázquez L. Intersectorialidad alternativa principal para enfrentar el envejecimiento poblacional en Cuba. Memorias Convención Internacional de Salud Pública. Cuba Salud 2012. La Habana: MINSAP; 2012 Disponible en: <http://actasdecongreso.sld.cu/index.php?P=FullRecord&ResourceId=1323>
68. Castell-Florit Serrate P, Gispert Abreu Ed. Empoderamiento Intersectorial en directivos y líderes locales Como contexto para la acción en salud pública. Rev Cubana Salud Pública

- [Internet]. 2018 [citado 14 Ene 2021]; 44(3): [aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/1214>
69. Castel Florit Serrate P. Intersectorialidad en la práctica social. La Habana: Editorial Ciencias Médicas ISBN 978-959-212-248-2; 2007. Disponible en: <http://www.ecimed.sld.cu/2007/12/24/731/>
70. Castell-Florit Serrate P, Gispert Abreu E Á. Intersectorialidad en el contexto socioeconómico cubano y sus implicaciones en la salud de la población. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2012 [citado 2021 Jul 13]; 38(Supl 5): 823-833. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662012000500015&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662012000500015&lng=es).
71. Castell Florit Serrate P, Más Bermejo P. Cuba: Time to Expand Health in All Policies. MEDICC Rev. 2016; [citado 2020 Jul 13]; 18(4): Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/medicc.2016.18400011>
72. García Ramírez JA, Vélez Alvarez C. América Latina frente a los determinantes sociales de la salud: políticas públicas implementadas. Rev. salud pública. 2013 [citado 2020 Dic 04]; 15(5): 731-742. Disponible en: [https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0124-00642013000500009&script=sci\\_arttext&lng=en#ModalArticles](https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0124-00642013000500009&script=sci_arttext&lng=en#ModalArticles)
73. De Armas Ramírez N, Lorences González J, Perdomo Vázquez JM. Caracterización y diseño de los resultados científicos como aportes de la investigación educativa. Pedagogía 2003. Ciudad de La Habana: Palacio de Convenciones; 2003. Disponible en: [https://santander.edu.mx/aula/pluginfile.php/1365/mod\\_resource/content/1/Aportes%20de%20a%20Investigaci%C3%B3n%20curso85.pdf](https://santander.edu.mx/aula/pluginfile.php/1365/mod_resource/content/1/Aportes%20de%20a%20Investigaci%C3%B3n%20curso85.pdf)
74. Sosa M; Frómeta C. Compilación de conceptos sobre estrategia. La Habana: MINED; 2012.
75. Pérez RM, Martí Núñez AE, Paneque Ginart AN, Hernández Casas JJ, Rodríguez Díaz CR, Llosa Santana M. Fundamentos de la estrategia educativa para el fortalecimiento de la identidad cultural cubana en el desempeño docente. Revista Cubana de Tecnología de la

- Salud [revista en Internet]. 2020 [citado 2021 Jul 28]; 11(2): [aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://www.revtecnologia.sld.cu/index.php/tec/article/view/1693>
76. Robert Hechavarria R E, Espinosa Telles Y, Prado Sosa O, Barroso Palmero M. Consideraciones generales de los métodos de enseñanza menos utilizados en la educación superior en Cuba. Revista Cubana de Educación Superior, 2020 [citado 2020 Jul 17]; 39(2): Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0257-43142020000200007&lng=es&tlnq=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0257-43142020000200007&lng=es&tlnq=es).
77. Casanova Moreno MC, Bayarre Vea HD, Navarro Despaigne DA, Sanabria Ramos G, Trasancos Delgado M. Estrategia educativa dirigida a adultos mayores diabéticos tipo 2 y proveedores de salud. Rev Cubana Med Gen Integr. 2018 [citado 2020 Jul 17]; 34(1):14-25. Disponible en: [https://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252018000100004&lng=es](https://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252018000100004&lng=es)
78. Riaño Casallas MI, García Ubaque JC. Gestión estratégica para hospitales universitarios. Rev. Fac. Med. 2016. [citado 2020 Jul 17]; 64(4): Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v64n4.54816>
79. Sánchez Duque JA, Soto Vásquez JP, Cuadrado Guevara RA, Gómez-González JF, Rodríguez Morales AJ Estrategias de intervención Comunitaria en Salud en un Campamento Universitario Multidisciplinario de Investigación y Servicio.2019. Rev Cubana Med Gen Integr[citado 2020 Nov 05]; 35(3): Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=94460>
80. Etienne CF. Cuba hacia la Salud Universal. Rev Panam Salud Pública. 2018. [citado 2020 Nov 05]; 42:Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2018.v42/e64/en>, <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.64>
81. Martínez Calvo S. La cobertura universal y la conducción epidemiológica del sistema de salud en Cuba. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2015 [citado 2020 Jul 13]; 41(Supl 1).

Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662015000500007&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662015000500007&lng=es)

82. Bayarre Veá HD, Álvarez Lauzarique ME, Pérez Piñero JS, Almenares Rodríguez K, Rodríguez Cabrera A, Pría Barros MC, et al. Enfoques, evolución y afrontamiento del envejecimiento demográfico en Cuba. Rev Panam Salud Pública. 2018. [citado 2020 Nov 05]; 42:e21: Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.21>
83. Ramírez Rodríguez M. Estrategia de intervención dirigida a la promoción y prevención de la leptospirosis desde el accionar de los profesionales de enfermería con participación comunitaria. Tesis en opción al grado de Doctor en Ciencias de la Enfermería. 2018 [citado 2021 febrero 05]; Disponible en: <http://tesis.sld.cu/index.php?P=FullRecord&ID=667&ReturnText=Search+Results&ReturnTo=index.php%3FP%3DAdvancedSearch%26Q%3DY%26SR%3D0%26SD%3D1%26FK%3DMael%2BRam%25C3%25ADrez%2BRodr%25C3%25ADguez%26SF%3D62>
84. Oficina de estadística e información. Censo de población y vivienda Cuba 2012 [citado 2019 Nov 05]; Disponible en: [https://www.inec.gob.pa/Aplicaciones/POBLACION\\_VIVIENDA/notas/def\\_vol1.htm](https://www.inec.gob.pa/Aplicaciones/POBLACION_VIVIENDA/notas/def_vol1.htm)
85. Fernández Ramírez L. Capítulo de familia. En: González Naya G, Montero del Castillo ME. Estomatología General Integral. Editorial de Ciencias Médicas. 2014 [citado 8 jun 2020]; p.368-9. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci>
86. Miquel Burgos A B. La medición del bienestar económico a través de las macromagnitudes de la contabilidad nacional. CIRIEC-España, Revista de Economía Pública, Social y Cooperativa, 2015 [citado 8 jun 2021]; núm. 85, 2015 Centre International de Recherches et d'Information sur l'Economie Publique, Sociale et Coopérative Valencia, Organismo Internacional. Disponible en: Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17443378002>  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5380514>



87. Letelier Gordo V. Indicadores subjetivos de bienestar: oportunidades y desafíos para el desarrollo de políticas públicas en Chile. Actividad formativa equivalente para optar al grado de magíster en políticas públicas. Santiago, Chile 2017. [citado 8 jun 2021]; Disponible en: <http://repositorio.uchile.cl/bitstreamadulto/mayor/handle/2250/149607/Letelier%20Gordo%20Valeria.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
88. Arévalo Estefanía D, González María G, Zurita Eduardo G. Crecimiento económico y bienestar social y ambiental. Construcción del índice de bienestar económico sostenible para América Latina periodo 2000-2018. Revista Espacios. 2020. [citado 8 jun 2021]; 41 (25): Disponible en: <http://es.revistaespacios.com/a20v41n32/a20v41n32p12.pdf>
89. Garcés González R, Díaz Hurtado A. ¿El lugar o el vínculo entre actores sociales? Lo comunitario en la gestión del desarrollo local. Retos de la Dirección, [citado 8 jun 2021]; 9(1), 218-238. Recuperado en 20 de julio de 2021, Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2306-91552015000100011&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2306-91552015000100011&lng=es&tlng=es)
90. González M del C. Tormenta de ideas: ¡Qué tontería más genial ACIMED [Internet]. 2008 [citado 2021 Jun 18]; 17(4): Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1024-94352008000400011&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352008000400011&lng=es)
91. Palmieri PA. La técnica Delphi: Un método de consenso para la investigación en servicios de salud en Latino América. Ágora Rev Cient [Internet]. 2017 [citado 21 jul 2021]; 4(7): [aprox. 7p.]. Disponible en: [www.revistaagora.com/index.php/cieUMA/article/download/89/90](http://www.revistaagora.com/index.php/cieUMA/article/download/89/90).
92. Véliz Martínez PL, Oramas González R, Jorna Calixto AR, Berra Socarrás EM. Modelo del especialista en Medicina Intensiva y Emergencias por competencias profesionales. Educación Médica Superior [Internet]. 2017 [citado 27 jul 2021]; 31(3):135-54. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=80404>

93. García Ruiz ME, Lena-Acebo FJ. Aplicación del método Delphi en el diseño de una investigación cuantitativa sobre el fenómeno FABLAB. EMPIRIA Revista de Metodología de Ciencias Sociales [Internet]. 2018 [citado 27 jul 2021]; (40):129-66. Disponible en: <http://revistas.uned.es/index.php/empiria/article/view/22014>.
94. . Ambulo Arosemena G H, Sentmanat Belisón A, Paulas González O. Factibilidad teórica de una estrategia de actividad física para los estudiantes de la carrera de Urgencias Médicas y Desastres de la Universidad Especializada de Las Américas (UDELAS) de Panamá OLIMPIA. Revista de la Facultad de Cultura Física de la Universidad de Granma. 2019 [citado 27 jul 2021]; 16(54): Disponible en: <https://revistas.udg.co.cu/index.php/olimpia/article/view/710>
95. Rodríguez García A R, Estévez Perera A, de León Ojeda N, Coll Costa J L, Bosquez Jiménez J, García Rubio M B. Programa de ejercicios físico-terapéuticos en el síndrome de hipermovilidad articular y Ehlers-Danlos hiperlaxo. Rev Cuba Reumatol [Internet]. 2017 [citado 2021 Jul 28]; 19 (Suppl 1): 170-181. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1817-59962017000400002&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962017000400002&lng=es)
96. ONEI. Estudio y datos de la población cubana. Cuba y sus territorios 2019. Centro de estudio de población y desarrollo. 2020. [citado 24 jun 2021]; Disponible en: <http://www.onei.gob.cu/taxonomy/term/48>
97. Díaz Couso Y, Jorge Mayedo D, Santos Velázquez T, Reyes Nieblas Y, Guerra García K. Análisis de la Situación de Salud Bucal de un Consultorio Médico de Familia. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2019 [citado 8 jun 2021]; 23(1): 22-31. Disponible en: <http://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/3728>
98. Álvarez Escobar MD. Envejecimiento poblacional en Cuba: ¿estamos preparados para ello?. Rev Medica Electrónica [Internet]. 2017 [citado 12 Jul 2021]; 39(1): Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/1853>

99. Azañedo D, Vargas Fernández R, Rojas Roque C. Factores asociados al uso de servicios de salud oral en adultos mayores peruanos: análisis secundario de encuesta poblacional, 2018. Rev. Perú. Med. Exp. Salud Pública [Internet]. [citado 2021 Jul 28]; 36 (4): 553-561. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342019000400002&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342019000400002&lng=es).
100. Pérez Barrero B R, Enríquez Calas D, Perdomo Estrada C, González Rodríguez W de la C, Noriega Roldán SO. Morbilidad en ancianos con pérdida dentaria. MEDISAN [Internet]. 2020 Jun [citado 2021 Jul 15]; 24(3): 381-395. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192020000300381&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192020000300381&lng=es)
101. Padilla Sánchez ML, Saucedo Campos G, Ponce Rosas ER, González Pedraza A. Estado de dentición y su impacto en la calidad de vida en adultos mayores. CES Odont. 2017 [citado 12/04/2020]; 30 (2): 16-22. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/ceso/v30n2/0120-971X-ceso-30-02-00016.pdf>
102. Corona Carpio MH, Duharte Escalante A, Navarro Nápoles J, Ramón Jiménez R, Díaz del Mazo L. Factores locales y su relación con lesiones bucales en ancianos portadores de prótesis totales. MEDISAN. 2017 [citado 12/04/2020]; 21 (4): Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192017000400005](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017000400005)
103. Azcuy Aguilera L, Valdés Hernández V A, Camellón Pérez A, Roque Doval Y, Borges Machín A Y, Zurbano Cobas L. Intervención educativa comunitaria para un envejecimiento activo y con calidad de vida. EDUMECENTRO [Internet]. 2021 Sep [citado 2021 Jul 28]; 13(3): 81-101. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2077-28742021000300081&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742021000300081&lng=es)
104. Ahumada Vega G. Desigualdades de Género en Enfermedades Bucodentales y acceso a Atención Odontológica en población de 35 a 44 años, Región Metropolitana de Chile. 2017 [citado 2021 Jul 28]; Disponible en

[http://bibliodigital.saludpublica.uchile.cl:8080/dspace/bitstream/adulto/mayor/handle/123456789/544/Tesis\\_Gloria%20Ahumada.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://bibliodigital.saludpublica.uchile.cl:8080/dspace/bitstream/adulto/mayor/handle/123456789/544/Tesis_Gloria%20Ahumada.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

105. Berenguer Gouarnaluses MC, Pérez Rodríguez A, Dávila Fernández M, Sánchez Jacas I. Determinantes sociales en la salud de la familia cubana. MEDISAN [Internet]. 2017 Ene [citado 2020 Dic 04]; 21(1): 61-73. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192017000100008&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017000100008&lng=es)
106. Herrera López IB. Salud bucal y funcionamiento familiar en personas del municipio Plaza de la Revolución de La Habana, Cuba. Revista Información Univ Odontol. 2018 [citado 2020 Dic 04]; 38(79): Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revUnivOdontologica/article/view/24548>
107. Díaz Cárdenas Shyrley, Tirado Amador Lesbia Rosa, Vidal Madera Anaya Meisser. Odontología con enfoque en salud familiar. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2014 Sep [citado 2021 Jul 28]; 40(3): 397-405. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662014000300010&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662014000300010&lng=es)
108. Peñuela Munévar R C. La salud bucal es un privilegio de clase social. Trabajo de Grado para Optar por el Título de Especialista en Salud Familiar y Comunitaria. Universidad El Bosque. Facultad de Medicina Especialización en Salud Familiar y Comunitaria. Bogotá 2020. [citado 2021 jul 04]; Repositorio de tesis Disponible en: <https://repositorio.unbosque.edu.co/handle/20.500.12495/4407>
109. Mariño R, Giacaman RA. Patterns of use of oral health care services and barriers to dental care among ambulatory older Chilean. BMC Oral Health. 2017; [citado 2021 Jul 28]; 17(1): Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5223417>
110. Troncoso Pantoja CL. Alimentación del adulto mayor según lugar de residencia. Horiz. Med. [Internet]. 2017 [citado 2021 Jul 15]; 17(3): 58-64. Disponible en:

[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-558X2017000300010&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2017000300010&lng=es).

111. Hernández Rodríguez S, Albear de la Torre D, Valle Yanes I, de la Gala Umpierre L, Rodríguez Reyes Y, Valdivia Ferreira M. Estado nutricional, funcional, antropométrico y dietético de los adultos mayores jubilados del Ministerio del Interior. MediCiego [Internet]. 2019 [citado 25/01/2020]; 25(3): [aprox. 15 p.]. Disponible en: Disponible en: <http://www.revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/1167>
112. Sanz Fernández G, Llanes Molleda C, Gretel Chibás L, Valdés Valdés Y. Consecuencias del edentulismo total y parcial en el adulto mayor. GEROINFO. 2018 [citado 30/11/2019]; 13(3). [aprox. 1 p.]. Disponible en: <http://files.sld.cu/gericuba/files/2018/12/edentulismo.pdf>
113. Piedra Herrera Blanca Caridad, Acosta Piedra Yanet, Suarez Díaz Teresa. Características clínicas del alcoholismo en hombres de la tercera edad. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2019 [citado 2021 Jul 15]; 23(1): 32-40. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-31942019000100032&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942019000100032&lng=es)
114. Pavón León Patricia, Gogeoascoechea Trejo MC, Blázquez-Morales MB, Sánchez Solís A. Factores asociados con el consumo de alcohol y tabaco en adultos mayores. Revista Médica de la Universidad Veracruzana. 2018. [citado oct 2020]; Vol.18, (1):Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/veracruzana/muv-2018/muv181b.pdf>
115. Cintra Castro Y, Llerena Suárez JÁ, Toledo Roque Y. Carcinoma epidermoide de carrillo. Rev Cubana Otorrinolaringol Cirug Cabeza Cuello [Internet]. 2021 [citado 18 Jul 2021]; 5(1): [aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revotorrino.sld.cu/index.php/otl/article/view/152>
116. Tan Castellano N de las N, Fuentes Roche A. Consumo de tabaco en pacientes con enfermedad periodontal crónica. Congreso internacional de estomatología Cuba. 2020. [citado 2021 jul 04];Disponible en: <http://www.estomatologia2020.sld.cu/index.php/estomatologia/2020/paper/viewFile/431/347>

117. Martín Aranda R. Actividad física y calidad de vida en el adulto mayor. Una revisión narrativa. Rev haban cienc méd [Internet]. 2018 [citado 18 Jul 2021]; 17(5): [aprox. 12 p.]. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/2418>
118. Hernández Aguillar B, Chávez Cevallos E, de la Concepción Torres M J, Torres Ramírez A, Fleitas Díaz I M. Evaluación de un programa de actividad físico-recreativa para el bienestar físico-mental del adulto mayor. Rev Cubana Invest Bioméd [Internet]. 2017 [citado 2021 Jul 17]; 36(4): 1-16. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03002017000400007&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002017000400007&lng=es)
119. Suarez ME, Navarro YDC, Roca MC, García SP, Aleman JF, Aguilar JF et al. Promoción del envejecimiento activo desde la experiencia de un centro de salud trabajando comunitariamente en red. Proyecto Agaete Se Mueve. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2018 [citado 2021 Jul 17]; 53 Suppl 1:178-9 Disponible en: <https://medes.com/publication/136468>
120. Guarat Casamayor M, Calavia Infante E, Omar Jañe J, Toledano Giraudy R, Toledano Guarat YD. Intervención educativa: alimentación para unos dientes y encías sanos en el adulto mayor. Rev Inf Cient [Internet]. 2017 [citado 28 Jul 2021]; 96(1): [aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/29>
121. Ortiz F, Rosas G, Gómez N, Simg A, Bonfiglio V, Oloarte M, Factores socioeconómicos y salud bucal en la comunidad de Mapachapa Veracruz, Rev. Embiomed Salud en Chiapas. 2017 [citado 2021 Jul 17]; N° 16 Art 168, 5(1): 12-15. Disponible en: <https://www.imbiomed.com.mx/articulo.php?id=109362>
122. De la Villa Moral Jiménez M. Programas intergeneracionales y participación social: la integración de los adultos mayores españoles y latinoamericanos en la comunidad. Univ. Psychol. [online]. 2017 [citado 2021 Jul 29]; vol.16, n.1 pp.157-175. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&)

123. Sanz Fernandez G, González Ramos RM, Llanes Molleda C, Rodríguez Suárez S. Salud bucodental y determinantes sociales en el adulto mayor. consultorio 10. Clínica estomatológica Puentes Grandes Congreso internacional de estomatología Cuba. 2020. [citado 2021 Jul 17]; Disponible en: <http://estomatologia2020.sld.cu/index.php/estomatologia/2020/paper/view/369>
124. González Ramos RM, Cueto Salas A, Batista González NM, Rodriguez Suarez S. The social determinants of oral health in the elderly. Policlínico Plaza de la Revolución. Cuba. MOJ Gerontology & Geriatrics. 2018 [citado 17 Jul 2020]; 3 (1): Disponible en: <http://medcraveonline.com/pay-online>
125. González Ramos RM, Vázquez González JA, Rosales Reyes SA, Rodríguez Suárez S, Solar Carballo OM. Determinantes sociales en la salud bucal de adultos mayores. Municipio Plaza de la Revolución. Rev Haban Cienc Méd [Internet]. 2021 [citado 17 Jul 2021]; 20(3): Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/3575>
126. Martínez GR, Albuquerque A. El derecho a la salud bucal en la Declaración de Liverpool. Revista Bioética. 2017 [citado 17 Jul 2020]; 25 (2): 224-33. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/9x5GKCH3xMj5TBrHTpMv7yR/?lang=es&format=pdf>
127. Hernández Vásquez A, Rojas Roque C, Santero M, Prado Galbarro FJ, Rosselli D. Gasto de bolsillo en salud en adultos mayores peruanos: análisis de la Encuesta Nacional de Hogares sobre condiciones de vida y pobreza 2017. Rev. Perú. Med. Exp. Salud Pública [Internet]. 2018 Jul [citado 2021 Jul 10]; 35(3): 390-399. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342018000300004&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342018000300004&lng=es).
128. Hazra NC, Rudisill C, Gulliford MC. Determinants of health care costs in the senior elderly: age, comorbidity, impairment, or proximity to death? Eur J Health Econ. 2018. [citado 2021 Jul 10]; 19(6):831-42. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28856487/>

129. Bauzá Botey X, Parra Enríquez S, Crespo Cuenca L, Aguilera Ochoa FD. Atención estomatológica al adulto mayor en Holguín, del 2011 al 2015. Correo Científico Médico. 2018 [citado 25/01/2020]; 22(2): Disponible en: <http://www.revcofmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/2659>
130. González Ramos R M. Satisfacción de los adultos mayores con la atención estomatológica. Plaza de la Revolución. 2017-2019. Congreso internacional de estomatología Cuba. 2020. [citado 25/01/2021]; Disponible en: <http://www.estomatologia2020.sld.cu/index.php/estomatologia/2020/paper/view/246>
131. Lescay MY, Ortiz L .La dimensión de desarrollo social en salud para la atención odontológica a las personas mayores Geroinfo 2018. [citado 25/01/2020]; 13 (1): Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/geroinfo/ger-2018/ger181b.pdf>
132. Yordi García MJ, Ramos Monteagudo AM. Pertinencia de la promoción de salud en el escenario gerontológico cubano actual. AMC [Internet]. 2019 [citado 25/01/2021]; 23(6): [aprox. 15 p.] Disponible en: <http://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/6614>
133. Urquiola Sánchez O, Bofill Placeres A, López Fernández R. Intervención en la formación de los actores de la comunidad para el desarrollo del turismo de la provincia de el oro. 2016 Revista Universidad y Sociedad, [citado 25/01/2021]; 8(3): 87-92. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2218-36202016000300011&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2218-36202016000300011&lng=es&tlng=es)
134. Tavares Rafael A, Fitch-Osuna J M. Planificación comunitaria en barrios social mente vulnerables. Identificación de los actores sociales en una comunidad Revista de Arquitectura, Universidad Católica de Colombia, Facultad de Diseño y Centro de Investigaciones (CIFAR)



- 2019 21 (2): pp. 22-32, [citado 2021 Jul 10]; Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/1251/125162706003/html/>
135. Escobar M, Escobar, R. Construcción y aplicación de un árbol de problemas transdisciplinar en práctica asistencial. *Ciencia y Salud Virtual*, 2018. [citado 2021 Jul 10]; 10(2): 14-31.DOI: [Disponible en: <https://doi.org/https://doi.org/10.22519/21455333.1104>
136. Ravelo Mireles R, Pérez Rodríguez A M, Andrés Prado MJ, Campos Esteban P, Azpeitia Serón ME, Villarino Calvo R. Implementación local de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud. Informe SESPAS 2018 [citado 2021 Jul 10]; *Gaceta Sanitaria*, 32, Supplement 1, Pages 52-58, Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.06.010>.)
137. Cruz Ramírez M. Un estudio sobre la implementación del método Delphi en publicaciones de ciencias médicas indexadas en Scopus Educ Med Super [Internet]. 2018 jul-set [citado 20 Ene 2020]; 32(3): Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21412018000300](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412018000300).
138. Quintana Jiménez Z. Instrumento de medición de calidad de vida relacionado con el componente bucal de la salud en pacientes desdentados. Tesis para optar por el grado científico de Doctor en ciencias estomatológicas. 2021 Disponible en: <http://tesis.sld.cu/index.php?P=FullRecord&ID=742>
139. Justo Díaz M. Protocolo de actuación para las rehabilitaciones protésicas estomatológicas con implantes dentales de carga inmediata. Tesis para optar por el grado científico de Doctor en ciencias estomatológicas. 2021 Repositorio de tesis en ciencias biomédicas y de la salud Disponible en: <http://tesis.sld.cu/index.php?P=FullRecord&ID=744>
140. López Fernández R, Avello Martínez R, Palmero Urquiza DE, Sánchez Gálvez S, Quintana Álvarez M. Validación de instrumentos como garantía de la credibilidad en las investigaciones

- científicas. Revista Cubana de Medicina Militar [Internet]. 2019 [citado 22 mar 2021]; 48(2sup): 441-50. Disponible en: <http://www.revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/390/352>
141. López Vidal FJ, Calvo Lluch A. Diseño y validación mediante Método Delphi de un cuestionario para conocer las características de la actividad física en personas mayores que viven en residencias. Retos [Internet]. 2019 [citado 21 feb 2021]; (36): 515-20. Disponible en: <https://dialnet.uniroja.es/descarga/articulo/7260949.pdf>.
142. García Jiménez D, García Rizo J, Espinosa Valenzuela P, Duquesne Benítez D, Rodríguez Menéndez D. Propuesta de herramienta metodológica para la implantación del modelo de gestión de calidad de los servicios en la actividad física y deporte. Revista Digital. Buenos Aires Año 20 N° 205 - Junio de 2015 [citado 21 feb 2021]; Disponible en: <https://www.efdeportes.com/efd205/gestion-de-calidad-en-la-actividad-fisica-y-deporte.htm>
143. Hosam Adeen M, Coll Costa JL, Rodríguez García A R, García Rubio M B, García Rubio Asunción M. Programa de ejercicios físicos terapéuticos para pacientes amputados. Rev Podium [Internet]. 2020 Dic [citado 2021 Ago 09]; 15(3): 494-508. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1996-24522020000300494&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1996-24522020000300494&lng=es).  
Epub 09-Sep-2020.
144. Ramos Serpa G. Los fundamentos filosóficos de la educación como reconsideración crítica de la filosofía de la educación. RIEOEI [Internet]. 10 de septiembre de 2005 [citado 11 de junio de 2020]; 36 (8):1-7. Disponible en: <http://rieoei.org/RIE/article/view/2775>
145. Aravena PC, Moraga J, Cartes-Velasquez Ricardo, Manterola C. Validez y Confiabilidad en Investigación Odontológica. Int J Odontostomat [Internet]. 2014 [citado 21 feb 2020]; 8(1): 69-75. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0718-381X2014000100009&script=sci\\_arttext&lng=en](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0718-381X2014000100009&script=sci_arttext&lng=en).
146. López Fernández R, Avello Martínez R, Palmero Urquiza DE, Sánchez Gálvez S, Quintana Álvarez M. Validación de instrumentos como garantía de la credibilidad en las

- investigaciones científicas Revista Cubana de Medicina Militar [Internet]. 2019 [citado 15 abr 2020]; 48(2): [aprox.12p.]. Disponible en: <http://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/390/331>
147. Capote Femenías JL, Peña Rosell A, Barrios Pedraza T, LLanes Bugallo G, López Ramayoril N. Construcción y validación del cuestionario Satisfacción de los usuarios en servicios de Estomatología. MediSur [Internet]. 2019 [citado 22 mayo 2020]; 17(1):84-94. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-897X2019000100084&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2019000100084&nrm=iso)
148. Martínez Pérez R. Criterios de calidad de los instrumentos evaluativos escritos. Medimay [Internet]. 2020 [citado: fecha de citado]; Abr-Jun; 27(2):240-51. Disponible en: <http://www.medimay.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/1662>
149. López Fernández R, Avello Martínez R, Palmero Urquiza DE, Sánchez Gálvez S, Quintana Álvarez M. Validación de instrumentos como garantía de la credibilidad en las investigaciones científicas. Revista Cubana de Medicina Militar [Internet]. 2019 [citado 22 mar 2020]; 48(2sup):441-50. Disponible en: <http://www.revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/390/352>
150. Martín A. Validación del cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial. Revista Cubana Salud Pública [Internet]. 2008 ene-mar [citado 21 feb 2020]; 34(1): Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol34\\_1\\_08/spu12108.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol34_1_08/spu12108.htm)
151. Bayarre Vea HD, Álvarez Lauzarique ME, Díaz Marrero JC, Pérez Piñero JS, Almenares Rodríguez K, Pría Barros MdC. Instrumento para la evaluación del proceso de atención al adulto mayor en el consultorio del médico y la enfermera de la familia. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2016 [citado 22 octubre 2019]; 32: [aprox. 8p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252016000100004&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252016000100004&nrm=iso)

152. Ramos Serpa G. Los fundamentos filosóficos de la educación como reconsideración crítica de la filosofía de la educación. RIEOEI [Internet]. 10 de septiembre de 2005 [citado 11 de junio de 2020]; 36 (8):1-7. Disponible en: <http://rieoei.org/RIE/article/view/2775>
153. Ramos Serpa G. La naturaleza del conocimiento filosófico desde la perspectiva de la actividad humana: implicaciones formativas. Conrado [online]. 2021 [citado 2021-08-09]; 17(78): pp.94-103. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1990-86442021000100094&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1990-86442021000100094&lng=es&nrm=iso). Epub 02-Feb-2021. ISSN 2519-7320.
154. Castell P. La intersectorialidad en la práctica social del sistema cubano de salud pública. Tesis en opción al grado científico de doctor en ciencias de la salud. La Habana. ENSAP; 2003. [serie en Infomed]. [citado 6/10/2019]; Disponible en: <http://www.uvirtual.sld.cu>
155. López Palacio J V. Fundamentos didácticos y curriculares. EDUMECENTRO, 2010 [citado 6/6/2021]; 2, (3): Disponible en: <http://www.revedumecentro.sld.cu/index.php/edumc/rt/printerFriendly/225/451>
156. Constitución de la República de Cuba. Editora Política. Cuba 2019. p. 39-61
157. Lineamientos de la política económica y social del partido y la Revolución para el período 2016-2021. 2017 [citado 11 de junio de 2020]; Disponible en: [http://www.granma.cu/file/pdf/gaceta/Lineadulto\\_mayorientos\\_2016-2021\\_Versión\\_Final.pdf](http://www.granma.cu/file/pdf/gaceta/Lineadulto_mayorientos_2016-2021_Versión_Final.pdf)
158. República de Cuba. Ley número 41 de la Salud Pública. La Habana; 1983: p.1-21 Disponible en: <http://legislacion.sld.cu/index.php?P=FullRecord&ID=2>
159. Morales Ojeda R, Mas Bermejo P, Castell-Florit Serrate P, Arocha Mariño C, C. Valdivia Onega N, Druyet Castillo D, Menéndez Bravo JA. Transformaciones necesarias en el Sistema Nacional de Salud y estrategias actuales para su consolidación y sostenibilidad. 2018. [citado 11 de junio de 2020]; Rev Panam Salud Pública 42 03: Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.25>



## **ANEXOS**

**Universidad de Ciencias Médicas de la Habana**

**Facultad de Estomatología**

### **Anexo 1. Consentimiento informado**

**Objetivo:** obtener el consentimiento informado de los adultos mayores para participar en la investigación

#### **Estimado**

En la Facultad de Estomatología de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana se desarrolla un proyecto de investigación con el objetivo de diseñar una estrategia intersectorial sobre las determinantes sociales de salud para mejorar la salud bucal de los adultos mayores del municipio Plaza de la Revolución.

Su participación en el estudio es totalmente voluntaria y no afecta su derecho a ser tratado. Puede pedir la salida de la investigación en cualquier momento que así lo desea y la información que provea será conservada con absoluta confidencialidad y utilizada exclusivamente en el marco de la investigación científica.

Después de haber recibido y comprendido la información y de haber podido aclarar todas sus dudas, puede, si lo desea, firmar el acta de Consentimiento Informado del Proyecto.

### **Acta de Consentimiento Informado**

Después que la Dra. \_\_\_\_\_ me ha informado y he comprendido las características de la investigación, sus objetivos e importancia para la Facultad de Estomatología de Ciencias Médicas de La Habana, la provincia y el país, usted puede realizar al grupo de investigadores todas las preguntas que desee. Al término, si está de acuerdo en participar, deberá firmar el Consentimiento Informado.

Y para que así conste firmo la presente el día \_\_\_\_ del mes \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_

Firma del paciente \_\_\_\_\_

### **Sección a llenar por el Investigador Principal**

Se ha explicado al Sr(a) \_\_\_\_\_ la naturaleza de la investigación, y los riesgos y beneficios que implica su participación. Se ha contestado a las preguntas y preguntado si tiene alguna duda. Acepto que conozco la normativa vigente proporcionada por el Comité Ético de la Facultad de Estomatología de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, para realizar la investigación con seres humanos y me apego a ella.

Nombre del Investigador Principal: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**Universidad de Ciencias Médicas de la Habana**

**Facultad de Estomatología**

**Anexo 2. Guía de observación de las condiciones de vida del entorno y las familias**

**Objetivo:** obtener información sobre las condiciones de vida del entorno y las familias de los adultos mayores.



## **Dimensión medio ambiente**

### **I. Situación higiénico sanitaria del entorno**

Buenas \_\_\_\_ Regulares \_\_\_\_ Malas \_\_\_\_

I.2. Abasto de agua Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

I.3. Vertimientos de residuales líquidos Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

I.4. Disposición y recogida de desechos sólidos Bueno \_\_\_\_ Malo \_\_\_\_

I.5. Estado de los recolectores Bueno \_\_\_\_ Malo \_\_\_\_

I.6. Estado de las calles y aceras Bueno \_\_\_\_ Regular \_\_\_\_ Malo \_\_\_\_

I.7. Existencia de microverederos Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

I.8. Presencia de animales en las calles Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

I.9. Higiene del entorno Bueno \_\_\_\_ Regular \_\_\_\_ Malo \_\_\_\_

### **II. Estado de la vivienda**

Buenas \_\_\_\_ Regulares \_\_\_\_ Malas \_\_\_\_

II.1. Viviendas de mampostería Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

II.2. Afectaciones estructurales Sin afectaciones \_\_\_\_ menores \_\_\_\_ Moderadas \_\_\_\_

II.3. Servicio sanitario interior Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

II.4. Adecuado sistema de evacuación de residuales Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

II.5. Iluminación Buena \_\_\_\_ Mala \_\_\_\_

II.6. Ventilación Buena \_\_\_\_ Mala \_\_\_\_

II.7. Abasto de agua Diario \_\_\_\_ Días alterno \_\_\_\_ tanques cisterna \_\_\_\_

II.8. Posee recipientes suficientes para el almacenamiento que le permita cubrir las necesidades fundamentales Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

### **III. Familia**

III.1 Estructura de la familia Nuclear \_\_\_\_ Extensa \_\_\_\_ Ampliada \_\_\_\_

III.2. Funcionamiento familiar Funcional \_\_\_\_ Disfuncional \_\_\_\_

**Universidad de Ciencias Médicas de la Habana**

**Facultad de Estomatología**

**Anexo 3. Entrevista**

**Objetivo:** obtener información sobre los aspectos relacionados con las Determinantes Sociales de Salud de los adultos mayores.

**Estimado**

**Dimensión modo y estilo de vida**

I.1. Nivel educacional: Considero el último nivel terminado. Analfabeto \_\_\_\_ Primaria \_\_\_\_  
Secundaria \_\_\_\_ Preuniversitario \_\_\_\_ Universidad \_\_\_\_

I.2. Hábitos alimentarios Adecuados \_\_\_\_ inadecuados \_\_\_\_

Ingiere vitaminas proteínas y minerales \_\_\_\_ Ingiere carbohidrato \_\_\_\_ Consume los alimentos muy calientes y picantes \_\_\_\_ hay un horario establecido para la realización de la alimentación \_\_\_\_

I.3. Ingestión de bebidas alcohólicas Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

I.4. Hábito de fumar Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

I.5. Práctica regular de ejercicios físicos Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

I.6. Vinculación a círculos de abuelo Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

I.7. Satisfacción de las necesidades básicas Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

I.8. Cuenta con los recursos para adquirir bienes y servicios que satisfagan sus necesidades alimentarias y no alimentarias Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

#### **Dimensión servicios de salud**

II.1. Es fácil para Ud. acceder a la clínica estomatológica Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

II.2. Se demora mucho en la sala de espera, desde que llega hasta que lo(a) llaman Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

II.3. Los turnos de la próxima visita se lo planifican en el horario de la mañana Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

II.4. Se le da solución rápida a su motivo de consulta Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

II.5. El trato recibido por el personal de salud es bueno Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

### **Universidad de Ciencias Médicas de la Habana**

#### **Facultad de Estomatología**

#### **Anexo 4. Solicitud de consentimiento para la revisión de documentos**

**Objetivo:** solicitar documentos no publicados necesarios para la investigación

A. Directores de Policlínicos

Por medio de la presente quien le escribe, Dra. Rosa María González Ramos con CI 61101001934 con registro profesional de 26599, profesora de la Facultad de Estomatología de La Habana que realiza una investigación sobre la salud bucal y determinantes sociales del adulto mayor, mediante la presente hago solicitud formal para acceder a los documentos sobre los análisis de la situación de salud de los consultorios de las áreas de salud donde se realiza la investigación, historias clínicas familiares del hogar donde reside el adulto mayor y la autorización para realizar la observación del entorno medio ambiental y las viviendas de la comunidad.

Atentamente

Dra. Rosa María González Ramos

Autora de la investigación

**Universidad de Ciencias Médicas de la Habana**

**Facultad de Estomatología**

**Anexo 5. Planilla de recolección de datos**

Se le asigna un número, a partir del 1, de manera consecutiva, a cada paciente para facilitar el procesamiento de los datos.

No. \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

### **Sección I. Determinantes sociales de salud**

#### **Dimensión demográfica**

1- Edad: \_\_\_\_\_ años

2- Sexo Femenino \_\_\_\_ Masculino \_\_\_\_

#### **Dimensión medio ambiente**

1-Situación higiénico sanitaria del entorno Buenas \_\_\_\_ Regulares \_\_\_\_ Malas \_\_\_\_

Abasto de agua Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Vertimientos de residuales líquidos Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Disposición y recogida de desechos sólidos Buenas \_\_\_\_ Malas \_\_\_\_

Estado de los recolectores Buenas \_\_\_\_ Malas \_\_\_\_

Estado de las calles y aceras Buenas \_\_\_\_ Regulares \_\_\_\_ Malas \_\_\_\_

Existencia de microverederos Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Presencia de animales en las calles Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Higiene del entorno Buena \_\_\_\_ Regular \_\_\_\_ Mala \_\_\_\_

2- Estado de la vivienda: Buena \_\_\_\_ Regular \_\_\_\_ Mala \_\_\_\_

Viviendas de mampostería Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Afectaciones estructurales sin afectaciones \_\_\_\_ menores \_\_\_\_ Moderadas \_\_\_\_

Servicio sanitario interior Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Adecuado sistema de evacuación de residuales Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Iluminación Buena \_\_\_\_ Mala \_\_\_\_

Ventilación Buena \_\_\_\_ Mala \_\_\_\_

Abasto de agua diario \_\_\_\_ Días alterno \_\_\_\_ tanques cisterna \_\_\_\_

Posee recipientes suficientes para el almacenamiento que le permita cubrir las necesidades fundamentales: Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

### 3-Familia

Estructura de la familia          Nuclear \_\_\_\_ Extensa \_\_\_\_ Ampliada \_\_\_\_

Funcionalidad familiar          Funcional \_\_\_\_ Disfuncional \_\_\_\_

### **Dimensión modo y estilo de vida**

1-Nivel educacional: se considera la enseñanza terminada

Analfabeto \_\_\_\_ Primaria concluida \_\_\_\_ Secundaria concluida \_\_\_\_

Preuniversitario concluido \_\_\_\_ Universidad concluida \_\_\_\_

2-Hábitos alimentarios          Adecuados \_\_\_\_ inadecuados \_\_\_\_

Ingiere vitaminas proteínas y minerales \_\_\_\_ Ingiere carbohidrato \_\_\_\_ Consume los alimentos muy calientes y picantes \_\_\_\_ hay un horario establecido para la realización de la alimentación \_\_\_\_

3- Ingestión de bebidas alcohólicas    Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

4- Hábito de fumar          Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

5- Práctica regular de ejercicios físicos          Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

6- Vinculación a círculos de abuelo          Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

7- Satisfacción de las necesidades básicas    Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Si cuenta con los recursos para adquirir bienes y servicios que satisfagan sus necesidades alimentarias y no alimentarias          Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

### **Dimensión servicios de salud**

1- Es fácil para Ud. acceder a la clínica estomatológica          Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

2- Se demora mucho en la sala de espera, desde que llega hasta que lo(a) llaman    Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

3- Los turnos de la próxima visita se lo planifican en el horario de la mañana          Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

4- Se le da solución rápida a su motivo de consulta          Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

5- El trato recibido por el personal de salud es bueno          Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

## **Sección II. Salud Bucal**

Presenta afectaciones estéticas Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Examen bucal

1-Presencia de caries Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

2-Enfermedad periodontal Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

3-Cantidad de dientes presentes y funcionales: más de 20 \_\_entre 15 y 19 dientes\_\_ Menos de 15

—

4- Lesiones de la mucosa Premalignas y Malignas Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

5- Tiene prótesis en buen estado Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

6- Necesidad de prótesis Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

**Universidad de Ciencias Médicas de la Habana**

**Facultad de Estomatología**

**Anexo 6. Solicitud de consentimiento para la revisión del expediente de cuadro de los profesores incluidos en el estudio**

**Objetivo:** obtener los currículos vitae de los profesores seleccionados para formar parte del equipo técnico

Dra. C. Ileana B. Grau León

Decana de la Facultad de Estomatología de la UCMH

Por medio de la presente quien le escribe, Dra. Rosa María González Ramos con CI 61101001934 con registro profesional de 26599, que realiza una investigación sobre la salud bucal y determinantes sociales del adulto mayor, que se desarrolla con el objetivo de optar por el grado científico de Doctor en Ciencias Estomatológicas hago solicitud formal para que se me permita acceder a los expedientes de los profesores que están custodiados en el Departamento de Cuadros con el objetivo de revisar sus currículos vitae para comprobar los estudios de posgrado realizados en el tema a investigar, las publicaciones de los últimos 10 años, participación en eventos a distintos niveles para realizar la selección de los profesores que integran el equipo técnico que trabajará en el diseño de la estrategia intersectorial.

Atentamente

Dra. Rosa María González Ramos

Autora de la investigación



## Facultad de Estomatología

### Anexo 7. Consentimiento informado a los integrantes del equipo técnico

**Objetivo:** obtener el consentimiento informado de los profesores que conformarán el equipo técnico que participará en el diseño de la estrategia de acciones intersectoriales

#### Estimado Profesor/a

Le solicitamos a Usted su consentimiento informado para su participación en la investigación Estrategia de acciones intersectoriales sobre los Determinantes Sociales de Salud para mejorar la salud bucal de los adultos mayores del municipio Plaza de la Revolución anticipándole que la misma no tiene fines de lucro, solo investigativos. Si desea participar, es necesario su consentimiento voluntario e informado.

Atentamente

Dra. Rosa María González Ramos

Autora de la investigación

#### Declaración de la voluntariedad

He sido invitado a participar en la investigación referida anteriormente y se me ha informado sobre las características del estudio. Por lo que consiento voluntariamente participar en esta investigación y entiendo que tengo el derecho de retirarme del estudio en el momento que estime conveniente.

Nombre del Participante \_\_\_\_\_ Firma del Participante \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ Firma del investigador \_\_\_\_\_

## Facultad de Estomatología

### Anexo 8. Listado y funciones de cada actor social

1. Designado del consejo de la administración: el gobernante a nivel municipal es el encargado del funcionamiento de todas las actividades administrativas.
2. Presidente de los consejos populares: la función principal es organizar y controlar el funcionamiento de todas las actividades de su radio de acción.
3. Especialista de medicina general integral: jefe de grupo básico de trabajo.
4. Directores de Policlínicos: responsable de la dirección de los servicios de Atención Primaria de Salud
5. Representante de educación: responsable de la organización de actividades educativas, medios de enseñanza y locales para la realización de actividades educacionales.
6. Representante de la dirección de cultura, deporte y recreación: encargado de la organización y asignación de recursos humanos y materiales para la realización de actividades comunitarias.
7. Organizaciones de masas: representante de la organización municipal de los Comité de defensa de la Revolución y de la Federación de mujeres cubanas.
8. Representante de abastecimiento, finanzas y precio: responsabilidad a nivel municipal del control de los recursos financieros y los precios establecidos a productos alimenticios y otros artículos.
9. Jefes de servicios de los servicios estomatológicos: los directores tiene la responsabilidad de organizar los procesos en función de resolver los problemas de salud de la población y lograr la satisfacción de la población.

**Universidad de Ciencias Médicas de la Habana**

**Facultad de Estomatología**

**Anexo 9. Consentimiento informado a los actores sociales que participarán en el diseño de la estrategia de acciones intersectoriales**

**Objetivo:** obtener el consentimiento informado de los actores sociales participantes en la estrategia de acciones intersectoriales

**Estimado compañero/a**

Le solicitamos su consentimiento informado para su participación en la investigación Estrategia intersectorial sobre las Determinantes Sociales de Salud para mejorar la salud bucal de los adultos mayores del municipio Plaza de la Revolución anticipándole que la misma no tiene fines de lucro, solo investigativos. Si desea participar, es necesario su consentimiento voluntario e informado.

Atentamente

Dra. Rosa María González Ramos

Autora de la investigación

**Declaración de la voluntariedad**

He sido invitado a participar en la investigación referida anteriormente y se me ha informado sobre las características del estudio. Por lo que consiento voluntariamente participar en esta investigación y entiendo que tengo el derecho de retirarme del estudio en el momento que estime conveniente.

Nombre del Participante \_\_\_\_\_

Firma del Participante \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ Firma del investigador \_\_\_\_\_

**Universidad de Ciencias Médicas de la Habana**

**Facultad de Estomatología**

**Anexo 10. Consentimiento informado de los expertos participantes de la consulta por el método Delphi**

**Objetivo:** obtener el consentimiento informado de los expertos para participar en la consulta por el método Delphi.

**Estimado Colaborador**

El presente estudio tiene como objetivo diseñar y validar una estrategia de gestión intersectorial para mejorar las Determinantes sociales de salud de los adultos mayores del municipio Plaza de la Revolución. Su participación consistirá en formar parte del grupo de expertos que intervendrá en la evaluación de la nueva propuesta.

Al participar en esta investigación es posible que experimente molestias como cansancio. En caso de que esto le llegase a suceder, podrá interrumpir la sesión y continuar en otro momento que usted decida. Si usted accede a colaborar, está en el derecho de abandonar el estudio en cualquier momento que estime conveniente, sin que dicha decisión tenga alguna consecuencia negativa para usted. La información que recojamos acerca de usted en este estudio, se mantendrá confidencial y cualquier dato personal tendrá un número en vez de su nombre.

Puede que no haya un beneficio directo para usted, pero es probable que su participación contribuya al mejoramiento de la propuesta de la estrategia que una vez implementada mejorara la calidad de vida de los adultos mayores.

Si tiene alguna duda o pregunta puede contactar a: Rosa María González Ramos a través del teléfono 76904033 o del correo electrónico: [rosam.glez@infomed.sld.cu](mailto:rosam.glez@infomed.sld.cu).

**Declaración de la voluntariedad**

He sido invitado a participar en la investigación referida anteriormente y se me ha informado sobre las características del estudio. Por lo que consiento voluntariamente participar en esta investigación y entiendo que tengo el derecho de retirarme del estudio en el momento que estime conveniente.

Nombre del participante \_\_\_\_\_

Firma del participante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Universidad de Ciencias Médicas de la Habana**

**Facultad de Estomatología**

**Anexo 11. Encuesta autoevaluación de competencias**

**Objetivo:** obtener información para determinar el coeficiente de competencia de los expertos seleccionados sobre el tema de investigación, a los efectos de reforzar la validez de la propuesta de estrategia intersectorial.

**Estimado Colaborador:**

Por su experiencia necesitamos su cooperación para el perfeccionamiento de la propuesta de acciones intersectoriales para mejorar las Determinantes sociales de salud de los adultos mayores del municipio Plaza de la Revolución para mejorar la salud bucal.

Usted ha sido seleccionado para validar el Instrumento. Las preguntas que se realizarán no tienen fin evaluativo y sus respuestas serán de carácter anónimo.

Gracias.

Datos profesionales del profesor

1. Cargo o responsabilidad que ocupa \_\_\_\_\_
2. Años de experiencia profesional \_\_\_\_\_
3. Categoría docente que ostenta \_\_\_\_\_
4. Profesor consultante \_\_\_\_\_
5. Títulos académicos o científicos que posee:  
Especialista de: 1er Grado \_\_\_\_\_, 2do grado \_\_\_\_\_,  
Máster \_\_\_\_\_, Dr. en Ciencias \_\_\_\_\_

Necesitamos, que usted defina su competencia en este tema, a los efectos de reforzar la validez del resultado de la consulta que realizaremos. Por esta razón le rogamos que marque con una X, en la

tabla siguiente, el valor que se corresponde con el grado de conocimientos que usted posee sobre el tema. Considere que la escala que le presentamos es ascendente desde 1 hasta 10.

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>

Realice una autovaloración del grado de influencia que cada una de las fuentes que le presentamos a continuación han tenido en sus conocimientos y criterios sobre el tema: Determinantes sociales de la salud (X), según corresponda, en A (alto), M (medio) o B (bajo).

<b>Fuentes de argumentación</b>	<b>Grado de influencia de cada una de las fuentes</b>		
	<b>A</b>	<b>M</b>	<b>B</b>
Análisis teóricos sobre el tema			
Experiencia obtenida			
Trabajos de autores nacionales			
Trabajos de autores extranjeros			
Sus propios conocimientos sobre el tema investigación			
Su intuición			

**Universidad de Ciencias Médicas de la Habana**

**Facultad de Estomatología**

**Anexo 12. Tabla patrón para determinar Coeficiente de argumentación**

**Objetivo:** presentar la tabla patrón que permite calcular el Coeficiente de Argumentación (Ka)

Fuentes de argumentación	Alto(A)	Medio(M)	Bajo(B)
1. Análisis teóricos realizados por Usted	0,3	0,2	0,1
2. Experiencia obtenida en su actividad profesional	0,5	0,4	0,2
3. Análisis de bibliografía especializada de autores nacionales	0,05	0,05	0,05
4. Análisis de bibliografía especializada de autores extranjeros.	0,05	0,05	0,05
5. Conocimiento del estado actual de la problemática en el país y en el extranjero.	0,05	0,05	0,05
6. Su intuición	0,05	0,05	0,05



**Universidad de Ciencias Médicas de la Habana**

**Facultad de Estomatología**

**Anexo 13. Cuestionario para consulta de expertos**

**Objetivo:** obtener el criterio de expertos acerca de la propuesta de estrategia intersectorial sobre las Determinantes Sociales de Salud en los adultos mayores de Plaza de la Revolución.

Por la complejidad de esta tarea, puede solicitar información sobre cualquier aspecto que considere necesario en función de lo recogido en el informe de la investigación. Se le pide que asuma este trabajo con el rigor y la responsabilidad que ello requiere; agradecemos su valiosa colaboración.

A continuación, proponemos a su consideración las acciones de la estrategia para que usted realice una valoración integral de la misma.

**Instrucciones:** Para recopilar su opinión marque con una **equis (X)** el juicio o valoración que más se acerque a la suya según los elementos siguientes:

No	INDICADORES	I	PA	A	BA	MA
1	Los fundamentos de Estrategia de intervención intersectorial sobre las Determinantes Sociales de Salud propuesta, los valoro de forma....					
2	La estructura de la Estrategia de intervención intersectorial sobre las Determinantes Sociales de Salud propuesta la considero como.....					
3	La pertinencia y utilidad de las acciones propuestas, las considero como...					
4	Considerar que la estrategia propuesta es factible porque existen las condiciones para realizarlas, es un aspecto que evalúo como.....					
5	Considerar la posibilidad de generalizar la estrategia en otros					

	consejos populares del municipio, es un aspecto que evalúo como...					
6	Considerar las acciones intersectoriales planteadas en la estrategia aplicables en la práctica, es un aspecto que valoro como...					
7	Los criterios de medida e indicadores propuestos para cada dimensión los evalúo como...					
8	El diseño de la evaluación de la Estrategia intersectorial propuesto lo evalúo como.....					
9	Considerar que el diseño de la estrategia de intervención intersectorial es inédita y se distingue por su novedad, es un aspecto que evalúo como...					

**Leyenda:** I-Inadecuado; **PA-** Poco Adecuado; **A-**Adecuado; **BA-**Bastante Adecuado; **MA-**Muy Adecuado.

3. ¿Desea consignar otro elemento que debe ser considerado en la valoración de la estrategia? Por favor, refiéralas a continuación:

---



---

**Muchas gracias**

**Universidad de Ciencias Médicas de la Habana**

**Facultad de Estomatología**

**Anexo 14. Modelo matemático Torgerson**

**Objetivo:** ofrecer los resultados del método Delphi con la aplicación del modelo matemático

Torgerson

**Tabla 1.** Distribución de frecuencia absoluta.

<b>INDICADORES</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>TOTAL</b>
1	5	5	2	0	12
2	9	2	1	0	12
3	7	2	2	1	12
4	2	7	2	1	12
5	6	2	4	0	12
6	3	3	5	1	12
7	7	3	2	0	12
8	8	2	2	0	12
9	10	1	1	0	12

**Tabla2.** Distribución de frecuencia acumulada.

<b>INDICADORES</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>
1	5	10	12	12
2	9	11	12	12
3	7	9	11	12
4	2	9	11	12
5	6	8	12	12
6	3	6	11	12

7	7	10	12	12
8	8	10	12	12
9	10	11	12	12

**Tabla 3.** Distribución de frecuencia acumulativa sumativa relativa

INDICADORES	5	4	3	2
1	0,4167	0,8333	1,0000	1,0000
2	0,7500	0,9167	1,0000	1,0000
3	0,5833	0,7500	0,9167	1,0000
4	0,1667	0,7500	0,9167	1,0000
5	0,5000	0,6667	1,0000	1,0000
6	0,2500	0,5000	0,9167	1,0000
7	0,5833	0,8333	1,0000	1,0000
8	0,6667	0,8333	1,0000	1,0000
9	0,8333	0,9167	1,0000	1,0000

**Tabla 4.** Determinación de las imágenes. Calculo de puntos cortes y escala de los indicadores.

INDICADORE S	5	4	3	2	Suma	Promedi o	N - Prom.	Eval
1	-0,21	0,97	3,50	3,50	7,76	1,94	-0,14	5
2	0,67	1,38	3,50	3,50	9,06	2,26	-0,47	5
3	0,21	0,67	3,50	3,50	7,88	1,97	-0,17	5
4	-0,97	0,67	1,38	3,50	4,59	1,15	0,65	4
5	0,00	0,43	3,50	3,50	7,43	1,86	-0,06	5
6	-0,67	0,00	1,38	3,50	4,21	1,05	0,75	4
7	0,21	0,97	3,50	3,50	8,18	2,04	-0,25	5
8	0,43	0,97	1,38	3,50	6,28	1,57	0,23	4
9	0,97	1,38	3,50	3,50	9,35	2,34	-0,54	5

Suma	0,64	7,45	25,15	31,50	64,74	N= 1,80
Puntos de corte	0,07	0,83	2,79	3,50		

**Universidad de Ciencias Médicas de la Habana  
Facultad de Estomatología**

**Anexo 15. Cuestionario para consulta a actores sociales y grupo técnico**

**Objetivo:** obtener el criterio de los especialistas seleccionados para validar la efectividad teórica de la propuesta de estrategia intersectorial sobre las Determinantes Sociales de Salud para mejorar las condiciones de salud bucal de los adultos mayores de Plaza de la Revolución

Estimado colega:

Se necesita conocer su opinión acerca del grado de efectividad que usted le confiere a la Estrategia intersectorial sobre las Determinantes Sociales de Salud para mejorar las condiciones de salud bucal de los adultos mayores de Plaza de la Revolución que se propone.

Para ello, debe marcar de 1 a 10 las siguientes variables (Impacto, Funcionalidad y Oportunidad) en la tabla que aparece a continuación, Usted decide el valor que corresponda darle a cada acápite de las variables de acuerdo con su opinión con la mayor honestidad y sinceridad posible, siendo 10 el valor máximo de cumplimiento del criterio de las variables.

Le recordamos que su valoración es de vital importancia para la investigación que forma parte de una tesis doctoral.

Variable		Puntuación
IMPACTO (I)	Contribución al logro de los objetivos	
	Satisfacen las necesidades para lo que fue creada	
	Cantidad de componentes que involucran	
	Contribución a la institución	
FUNCIONABILIDAD (F)	Aceptación esperada	
	Disponibilidad de recursos	
	Aseguramiento de la implementación	
	Calidad del proceso	
	Factibilidad	

OPORTUNIDAD (O)	Demandas del entorno que favorecen a la acción	
	Necesidad de la estrategia	
	Urgencia de la necesidad de solución	
	Apoyo General esperado	

Muchas Gracias



## **PRODUCCIÓN CIENTÍFICA DE LA AUTORA**

### **Proyecto de Investigación**

**Determinantes sociales de salud y condiciones de salud bucal en el adulto mayor. Plaza de la Revolución. 2015**

### **Presentación en eventos científico-técnicos**

1. Las determinantes sociales en el Plan D de la carrera de Estomatología. Convención de Salud. 2015
2. Taller salud bucal y adulto mayor. Jornada 116 Aniversario de la Facultad Raúl González Sánchez. 2016
3. Condiciones de salud bucal y determinantes sociales consultorio 5. Policlínico Plaza de la Revolución. III Simposio internacional Salud Bucal en la longevidad. 2017
4. Salud bucal y determinante social en adultos mayores III Simposio internacional Salud Bucal en la longevidad. 2017
5. Determinantes sociales y condiciones de Salud bucal de los adultos mayores. Policlínico Plaza de la Revolución. 2016. Jornada Científica 117 Aniversario Facultad de Estomatología.
6. Las determinantes sociales de la salud bucal del adulto mayor, Pol. Plaza de la Revolución. IV Simposio internacional de Salud Bucal en la longevidad. 2018
7. Salud bucal del adulto mayor y determinantes sociales de la salud. Policlínico Plaza de la Revolución. 2015 – 2016. Cuba. III Convención Cuba Salud Internacional. 2018
8. Salud bucal del adulto mayor y determinantes sociales de la salud. Jornada científica provincial por el día de la Estomatología Latinoamericana y el 118 aniversario de la Facultad de Estomatología. VII jornada de cátedras multidisciplinarias y honoríficas. 2018



9. Las determinantes sociales y la salud bucal en el adulto mayor. Policlínico Plaza de la Revolución 2015 – 2016. Cuba. VIII Simposio Internacional "Visión Salud Bucal. 2018
10. Diseño de curso de promoción de salud bucal en el adulto mayor para estomatólogos. Jornada Virtual de Educación Médica 2019
11. Lesiones de la mucosa bucal y factores de riesgo de los adultos mayores. Policlínico Plaza de la Revolución durante el 2017 al 2018. IV Simposio académico sobre adicciones de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana
12. Diseño de curso de promoción de salud bucal en el adulto mayor para estomatólogos. Taller Provincial de Universidad 2020
13. IX Simposio Nacional, encuentro internacional de estomatología 2019:
  - Salud bucal y determinantes sociales en los adultos mayores. Policlínico Plaza de la Revolución. 2017.
  - Conocimiento sobre salud bucal de los adultos mayores del consultorio 10 del Policlínico Tomas Romay 2017-2019.
14. Congreso Internacional de Estomatología 2020:
  - Satisfacción de los adultos mayores con la atención estomatológica. Plaza de la Revolución. 2017-2019.
  - Nivel de conocimientos sobre salud bucal del adulto mayor. consultorio10. Policlínico Tomas Romay 2019. Congreso Internacional de Estomatología 2020.
  - Salud bucodental y determinantes sociales en el adulto mayor. clínica estomatológica Puentes Grandes. Congreso Internacional de Estomatología 2020.

### **Publicaciones**

1. Las determinantes sociales y su relación con la salud bucal de los adultos mayores Revista Cubana de Estomatología. 2017 Disponible en: <http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/1142>

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

2. Salud bucal del adulto mayor y determinantes sociales de la salud. Policlínico Plaza de la Revolución. 2015 – 2016. Cuba. 2018 III Convención de Salud. Disponible en: <http://www.convencionsalud.sld.cu/index.php/convencionsalud/2018/paper/viewPaper/23>

**Rosa María González Ramos**, Anaid Cueto Salas , Niuris Mercedes Batista Gonzalez , Juan Alejandro Vázquez González

3. Oral Health and Social Determinants in Elderly Adults MOJ Gerontology & Geriatrics. 2018 Disponible en: <http://medcraveonline.com/pay-online> **Rosa María González Ramos**, Anaid Cueto Salas, Niurys M Batista González, Sabrina Rodriguez Suarez

4. Determinantes sociales y condiciones de salud bucal de los adultos mayores. Revista Cubana de Estomatología 2019 Disponible en: <http://www.revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/1751> Anaid Cueto Salas,

**Rosa María González Ramos**, Niurys M Batista González,

5. Diseño de curso de promoción de salud bucal en el adulto mayor para estomatólogos. Jornada Virtual de Educación Médica 2019. Disponible en: <http://www.edumed2019.sld.cu/index.php/edumed/2019/paper/view/55/0> Yaiset de la Torre

Molina, **Rosa María González Ramos**, Nurys Mercedes Batista González , Sol Ángel Rosales Reyes

6. Satisfacción de los adultos mayores con la atención estomatológica. Plaza de la Revolución. 2017-2019. Disponible en: Congreso Internacional de Estomatologia <http://www.estomatologia2020.sld.cu/index.php/estomatologia/2020/paper/view/246>

**Rosa María González Ramos**, Juan Alejandro Vázquez González, Diego Alfredo Ochoa González, Yunior Hernández Cardet, Lourdes Fernandez

7. Salud bucodental y determinantes sociales en el adulto mayor. Clínica estomatológica Puentes Grandes. Congreso Internacional de Estomatología. Disponible en: <http://www.estomatologia2020.sld.cu/index.php/estomatologia/2020/paper/view/369>  
  
Gertrudis Sanz Fernandez, **Rosa María González Ramos**, Claudia Llanes Molleda, Sabrina Rodríguez Suárez.
8. Conocimientos sobre salud bucal del adulto mayor. Consultorio 10. Policlínico “Dr. Tomas Romay” 2017–2018. Revista Médica Electrónica 2020. Disponible en: <http://revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/1827> Juan Alejandro Vázquez González, **Rosa María González Ramos**, Sabrina Rodríguez Suárez, Ramona Fernández Campo

### **Cursos Impartidos**

1. Promoción de salud bucal en el adulto mayor. 2017
2. Curso de promoción y prevención en el adulto mayor. 2018
3. Promoción de salud bucal en el adulto mayor en la Maestría de Odontogeriatría. Años 2017 y 2020
4. Curso optativo de Promoción y Prevención de salud bucal en el adulto mayor. Impartió en el año 2017 y 2019

### **Tutoría de tesis**

#### **Maestría**

1. Determinantes sociales y salud bucal del adulto mayor. Clínica Estomatológica Puentes Grandes. (2 tesis)
2. Determinantes sociales y salud bucal del adulto mayor. Plaza de la revolución. (2 tesis)
3. Determinantes sociales y salud bucal del adulto mayor. Policlínico Rampa (1 tesis)

4. Determinantes sociales y salud bucal del adulto mayor. Centro Habana, Habana vieja y Habana del este (6 tesis)

### **Especialidad**

1. Determinantes sociales y salud bucal del adulto mayor. Policlínico Héroes del Moncada. (1 tesis)