



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

DETERMINANTES SOCIALES ASOCIADAS AL USO DE
PRÓTESIS TOTALES EN EL ADULTO MAYOR.

TESINA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A:

PATRICIA MORALES LEÓN

TUTOR: Mtro. ENRIQUE NAVARRO BORI

ASESORA: Mtra. ERIKA HEREDIA PONCE



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



DETERMINANTES SOCIALES ASOCIADAS
AL USO DE PRÓTESIS TOTALES EN EL ADULTO MAYOR.



A mis **padres**, por ellos he llegado hasta aquí, me han enseñado a disfrutar el sabor y la magia de la vida siempre con responsabilidad, sus consejos, su ejemplo me ha hecho una mujer de bien para la sociedad, independiente y muy familiar.

A mis **hermanos: Chava**, siempre tendrás mi respeto y ayuda en todo, a pesar de la distancia que provoque tu trabajo, admiro tus conocimientos, siempre tienes una respuesta a todo, me siento muy orgullosa de ti, sé que serás un ingeniero muy exitoso, sin duda dejarás marca en la historia petrolera. **Jaz**, mi mejor amiga, confidente, siempre cariñosa, noble, bonita por dentro y por fuera, irradian alegría y tienes ese don de contagiarla, estar a tu lado es ver la vida con una sonrisa, **Ángel**, el más pequeño, ¿qué sería sin ti la casa? sí tú le das la música a mis mañanas, tardes y noches, tu tranquilidad, tus chistes me hacen súper feliz. **Jenny**, siempre serás mi cómplice, mi hermana y mi prima favorita.

A mis **abuelitos**, por cada consejo y todo el cariño que siempre han mostrado por mi, y aunque tú abuelito no estás físicamente aquí conmigo, sé que está tu esencia, nunca te fuiste ni te iras de mi corazón. A mi tía **Carmen** por su apoyo, cariño y consejos.

A **David**, por todo el tiempo que estuviste a mi lado, por tanto amor y ayuda durante mi carrera, porque me enseñaste que querer a alguien se demuestra con hechos.

Ustedes me han enseñado que la palabra familia, es sinónimo de apoyo, confianza, seguridad, orgullo, cariño, risas, regaños que me hacen aprender algo nuevo, he aprendido a decir siempre lo que siento, la calidez de un perdón o un abrazo, los días en familia son lo mejor de mi vida.

A mi **tutor Maestro Enrique Navarro Bori**, a mi **asesora Maestra Erika Heredia Ponce**, por todo el apoyo, tiempo y paciencia para realizar esta investigación bibliográfica, por sus consejos. Admiro todo el conocimiento que irradian y la manera de transmitirlo.

A mis amigos favoritos **Lore, Adolfo, Isra, Gina, Laura**, por hacer más padre el recorrido en la facultad, **Deyra, Mony** por todos estos años de hacernos inseparables, a ustedes, por lo que pasamos y pasaremos juntos.



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....5

OBJETIVO.....6

CAPÍTULO I CONCEPTOS DE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

1.1 Definiciones.7

1.2 Clasificación.....9

1.2.1 Determinantes económicos, sociales y políticos.....9

1.2.2 Determinantes de responsabilidad del sector salud.....9

1.2.2.1 Medio ambiente.....9

1.2.2.2 Estilo de vida.....9

1.2.2.3 Biología humana.....9

1.2.2.4 La atención sanitaria.....9

CAPÍTULO II ANTECEDENTES

2.1 Autores.....10

2.1.1 Marc Lalonde.....10

2.1.2 Brunner, Marmot y Wilkinson.....12

2.1.3 Diderichsen.....15

2.1.4 Dahlgren y Whitehead.....16

2.1.5 Comisión OMS sobre los Determinantes Sociales de Salud
.....18

2.1.5.1 Líneas de acción.....19



CAPÍTULO III LOS DETERMINANTES SOCIALES CON LA SALUD BUCAL

3.1 Caries.....	25
3.2 Enfermedad periodontal.....	29
3.3 Edentulismo.....	32

CAPÍTULO IV IMPACTO QUE TIENEN LOS DETERMINANTES SOCIALES CON LA PRÓTESIS TOTAL

4.1. Estilo de vida.....	34
4.1.1 Nutrición.....	34
4.1.2 Estética.....	36
4.1.3 Creencias.....	37
4.1.4 Nivel socioeconómico.....	38
4.2 Sistema sanitario.....	40
4.3 Biología humana (envejecimiento).....	42
CONCLUSIONES.....	45
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	46



INTRODUCCIÓN

Los determinantes sociales de la salud generan el marco para formular las políticas de salud de un país a través de estrategias que lleguen a toda la población, sobre todo a aquellos grupos más postergados y de mayor necesidad de salud.

Los factores sociales, relacionados con las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales; las condiciones de vida y trabajo; las influencias comunitarias, sociales, publicitarias y de las personas significativas en la vida del sujeto; los factores individuales como la apariencia general y el atractivo facial; el estilo de vida así como los factores biológicos y genéticos, son importantes para determinar la salud de cada sujeto.

Las políticas de salud han predominado las soluciones centradas en el tratamiento de las enfermedades, sin incorporar las “causas de las causas”. En consecuencia los problemas de salud se han mantenido, las inequidades en salud y atención sanitaria han aumentado y la salud centrada en lo preventivo ha sido insuficiente.

La presentación de los servicios de salud oral hace parte de los lineamientos presentados por los sistemas de seguridad social en el contexto de cobertura que garanticen satisfacción para los pacientes y nivel de calidad para los mismos.

El propósito del siguiente trabajo es conocer los determinantes sociales y su relación con el uso de prótesis total en el adulto mayor.



DETERMINANTES SOCIALES ASOCIADAS AL USO DE PRÓTESIS TOTALES EN EL ADULTO MAYOR.



OBJETIVO

Conocer los determinantes sociales y su relación con el uso de prótesis total en el adulto mayor.



CAPÍTULO I CONCEPTOS DE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

1.1 Definiciones

Los determinantes sociales de la salud han sido conceptualizados por diferentes instancias, de manera general los determinantes sociales de la salud son:

Las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas.¹

A su vez esas circunstancias están configuradas por un conjunto más amplio de fuerzas: económicas, sociales, normativas y políticas.²

Se denominan determinantes de la salud al conjunto de factores tanto personales como sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o de las poblaciones.³

Así pues, los determinantes sociales son responsables de la mayor parte de desigualdades sanitarias, es por esto que se conceptualizan como “causa de las causas” en un país.⁴

El concepto de determinantes sociales se dirige a los factores que ayudan a las personas a mantenerse saludables, en lugar de los servicios que ayudan a las personas cuando están enfermos.⁵

Por su complejidad, sobre la salud actúan diversos determinantes o factores, que deben ser considerados dentro del concepto de salud. Están relacionados con aspectos tan variados como son los biológicos, hereditarios, personales, familiares, sociales, ambientales, alimenticios, económicos, laborales, culturales, de valores, educativos, sanitarios y



DETERMINANTES SOCIALES ASOCIADAS AL USO DE PRÓTESIS TOTALES EN EL ADULTO MAYOR.



religiosos. Dado el avance en la ciencia, la medicina, la tecnología y el conocimiento en general, la gran mayoría de estos factores pueden modificarse, incluidos algunos de los biológicos. La incidencia de unos sobre otros es tal que no pueden disociarse, sin caer en una concepción demasiado simplista del complejo binomio salud-enfermedad.

La actuación en el ámbito de los principales factores determinantes de la salud tiene un gran para reducir los efectos negativos de las enfermedades y promover la salud de la población. En esta labor no sólo el personal médico y sanitario tiene una vital participación, se requiere de la acción comunitaria y de muchos sectores dentro y fuera del sector salud. Esta participación debe alentar y apoyar el desarrollo de acciones y redes para recoger, transmitir e información para evaluar y desarrollar las políticas, estrategias y medidas adecuadas, con el objetivo de establecer intervenciones efectivas destinadas a abordar los diferentes factores determinantes de la salud.

Por lo tanto al conceptualizar los determinantes de la salud, se puede decir que son un conjunto de elementos condicionantes de la salud y de la enfermedad en individuos, grupos y colectividades.⁶



1.2 Clasificación

Los determinantes sociales de la salud se pueden dividir en dos grandes grupos³:

1.2.1. Determinantes económicos, sociales y políticos

Siendo aquellos que son de responsabilidad multisectorial del estado.

1.2.2 Determinantes de responsabilidad del sector salud

Dentro del accionar del estado en beneficio de la salud de la población, en lo que se refiere a vigilancia y control en unos casos y de promoción y actuación directa en otros. Estos factores determinantes de la salud son:

1.2.2.1 Medio ambiente

Relacionado a los factores ambientales físicos, biológicos, de contaminación atmosférica, de contaminación química, tanto del suelo, agua y aire, y los factores socio-culturales y psicosociales relacionados con la vida en común.

1.2.2.2 Estilo de vida

Relacionados con los hábitos personales y de grupo de la alimentación, actividad física, adicciones, conductas peligrosas o temerarias, actividad sexual, utilización de los servicios de salud, etc.

1.2.2.3 Biología humana

Relacionado a aspectos genéticos y con la edad de las personas.

1.2.2.4 La atención sanitaria

Calidad, accesibilidad y financiamiento de los servicios de salud que atienden a los individuos y poblaciones.



CAPÍTULO II ANTECEDENTES

El concepto de determinantes sociales de salud se originó en los años 70, a partir de una serie de publicaciones que destacan las limitaciones de las intervenciones de salud orientadas a disminuir los riesgos individuales de enfermar y morir. Diversos autores argumentaron que, para entender y mejorar la salud, se requiere centrar la atención en generar políticas dirigidas a las sociedades a las que pertenecen las personas. Pasar del estudio de los factores de riesgo individual a los modelos sociales y las estructuras que determinan las posibilidades de una persona de ser saludable. Lo anterior implica aceptar que la atención médica no es el principal condicionante de la salud de las personas, sino que aquella está determinada en gran parte por las condiciones sociales en las cuales se vive y trabaja. Estos factores permiten que las personas permanezcan sanas, y la atención médica ayuda a las personas cuando se enferman.⁷

2. 1 Autores

2.1.1 Marc Lalonde

El modelo de Marc Lalonde³ en 1974, realizó un estudio sobre las grandes causas de muerte y enfermedad de los canadienses. Explicó que existen cuatro grandes determinantes de la salud, que marcaron un hito importante para la atención de la salud tanto individual como colectiva.



Estos determinantes son:

1. Medio ambiente

-Físico

a) Macro ambiente:

Agua y alimentos, contaminación del aire, agua, tierra; transportes, etc.

b) Microambiente:

Barrio casa, escuela, trabajo, etc.

-Social

Pobreza, desempleo, ignorancia, grado de desarrollo, nivel cultural, etc.

2. Estilo de vida

Patrones de comportamiento determinados por la interacción entre: características personales, interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales.

En este grupo se integran algunas conductas que afectan la salud; tales como los hábitos dietéticos, ejercicio/sedentarismo, abuso de sustancias como: alcohol, tabaco o drogas, conductas violentas, conductas sexuales irresponsables (ETS, VIH-SIDA), actividades de riesgo, Abuso de medicinas, etc.

3. Sistema sanitario

Calidad, disponibilidad, accesibilidad y costos.

4. Biología humana

En este grupo se integran la fortaleza general (envejecimiento), resistencia a la enfermedad, susceptibilidad a la enfermedad, enfermedades genéticas (trisomía 21).

Al final del estudio Lalonde presentó un Informe denominado: “New perspectives on the health of Canadians”, que marcó uno de los hitos importantes dentro de la Salud Pública, como disciplina orientadora del accionar los servicios de salud encargados de velar por la salud de la población. (Fig.1).⁸



Fig. 1 Modelo Social de Salud Marc Lalonde (1974).

2.1.2 Brunner, Marmot y Wilkinson

Este modelo se concibió originalmente con el fin de relacionar la perspectiva clínica (curativa) con la de salud pública (preventiva). Posteriormente, se aplicó al proceso social que subyace a las inequidades de salud como un modelo de los factores sociales que causan la mala salud y contribuyen a generar inequidades sanitarias. El modelo forma parte del informe elaborado por Acheson en el Reino Unido, presentado explícitamente a fin de ilustrar cómo las inequidades de salud condicionadas por determinantes sociales, son el resultado de la exposición diferencial al riesgo (ambiental, psicológico y conductual) a lo largo de toda la vida de los individuos. (Fig. 2).⁷

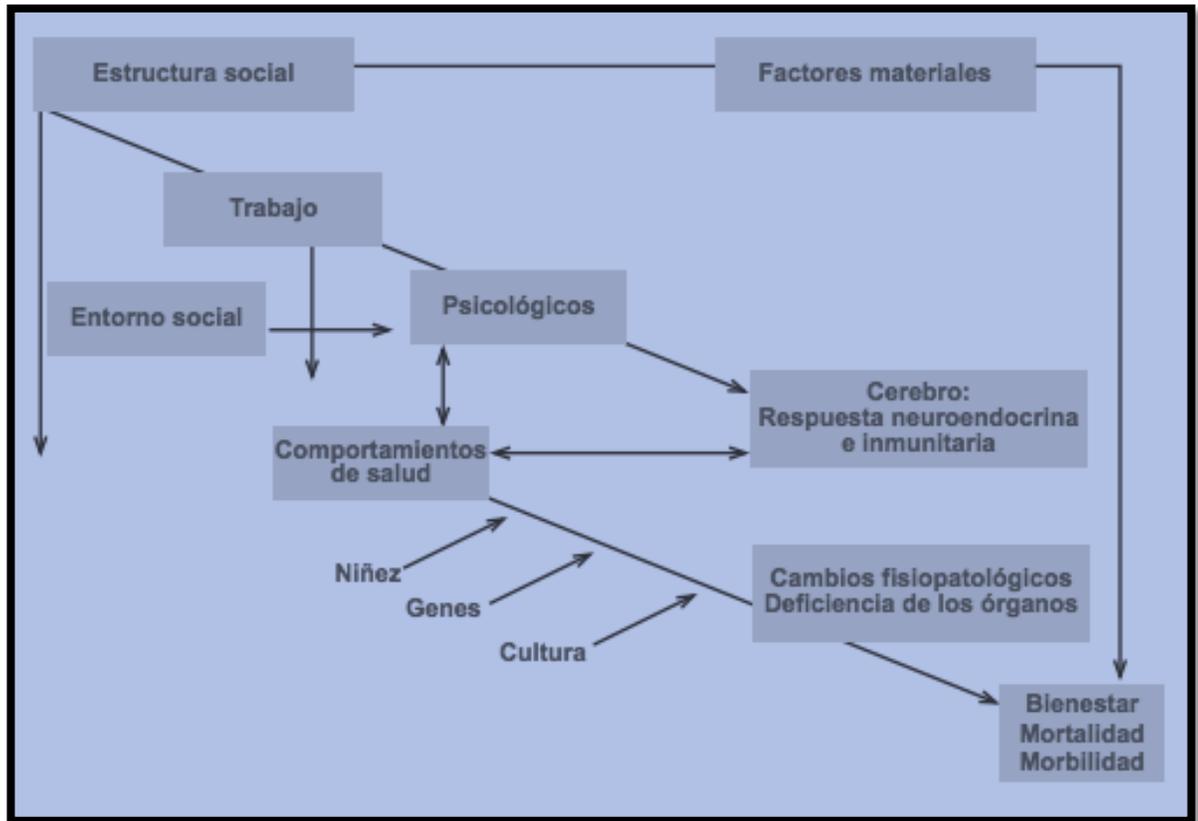


Fig. 2 Modelo de Brunner, Marmot y Wilkinson.

El modelo vincula la estructura social con la salud y la enfermedad a través de vías materiales, psicosociales y conductuales.

Los factores genéticos, de la niñez y culturales constituyen importantes influencias adicionales para la salud de la población.

Los principales determinantes sociales y sus efectos de salud, siendo éstos; el estatus socio económico, el estrés y sus circunstancias, los primeros años de vida y la educación, la exclusión social, trabajo (control, exigencia, entorno, etc.), el desempleo, el apoyo social, la adicción (drogas, alcohol, tabaco, etc.), los alimentos y el transporte saludable.

La publicación de Marmot (1998 1.a ed., 2003 2.a ed.) «Los Determinantes Sociales de la Salud: Los Hechos Probados» marcó el rumbo de la acción al difundir sólidas evidencias científicas para la elaboración de políticas



sanitarias y guiar las acciones tanto de los servicios de Salud Pública como los de atención primaria. Así, hoy en día es indudable que se comete un error al considerar la salud como un asunto individual marcado por nuestra biología y nuestro comportamiento (Fig. 3).⁹

Principales determinantes sociales y sus efectos sobre la salud		
Determinante	Efectos	Enfermedades
La escala social	Aumentan con la pendiente social	Riesgo doble de padecer enfermedades graves y muerte prematura en el punto más bajo de la escala
El estrés persistente	Acumulativos sobre el sistema cardiovascular e inmunológico	Diabetes, infecciones, hipertensión, infartos cardíacos y cerebrales, depresión y agresividad, muerte prematura
Primeras etapas de la vida: falta de apoyo emocional, carencias nutricionales, estrés maternal, tóxicos en la madre	Reducen el desarrollo físico, emocional y cognitivo	Enfermedades crónicas en la madurez: cardiovasculares, respiratorias, renales y pancreáticas
La exclusión social: pobreza, falta de vivienda digna y discriminación	Provoca divorcios, adicción, aislamiento social, estrés crónico	Enfermedades cardiovasculares, depresión, muerte prematura
El trabajo precario	Provoca estrés crónico, pérdida de autoestima	Dolores osteomusculares crónicos, enfermedades cardiovasculares y depresión
El desempleo	Provoca estrés persistente, efectos psicológicos	Autopercepción de mala salud, trastornos depresivos y enfermedades cardiovasculares
La falta de apoyo social	Incrementa la posibilidad de exclusión social	Enfermedades cardiovasculares, depresión, muerte prematura
La adicción: alcohol, tabaco, otras drogas, su uso está estrechamente relacionado con marcadores de desventaja económica y social	Intensifican los condicionantes que han llevado a su consumo	Muertes violentas, muertes prematuras
Los alimentos: la pobreza tiende a sustituir alimentos frescos por comida procesada barata	Por exceso o por defecto: sobre el metabolismo y otros órganos	Malnutrición, enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer, enfermedades oculares degenerativas, obesidad, caries dental
El transporte público inadecuado	Reduce el ejercicio físico, aumenta el tráfico, contaminación, aísla en algunas zonas	Enfermedades relacionadas con la falta de ejercicio físico, con la contaminación, los accidentes de tráfico y otros

Fig. 3 Principales determinantes sociales y sus efectos de salud.



2.1.3 Diderichsen

Este modelo recalca que la manera en que las sociedades se organizan crea una gradiente de estratificación social y asigna a las personas distintas posiciones sociales. La posición social de las personas determina sus oportunidades de salud.

Los mecanismos y procesos que asignan posiciones sociales a las personas. El primero (I) se refiere a la manera en que la sociedad genera y distribuye el poder y la riqueza, por ejemplo, las políticas económicas y laborales, el tipo de sistema educativo, las normas en torno al género y el tipo de organización del Estado. La estratificación social que este mecanismo genera, define a su vez una exposición diferencial de los distintos grupos de individuos a condiciones más o menos perjudiciales para la salud(II); esta situación de diferencial exposición en el curso de la vida de las sociedades modela distintas vulnerabilidades en la población o vulnerabilidad diferencial en ella y entre ellas (III). La diferencial exposición y vulnerabilidad en la población se acumula en el curso de la vida y la vez establece mecanismos de selección; esto es muy relevante desde una perspectiva histórica, así como de un análisis desde la perspectiva de “life course”. Este modelo propone que también las consecuencias sociales son diferenciales (IV) y los mecanismos como se interviene sobre contener o aliviar estas diferenciales consecuencias, son relevantes desde una perspectiva de equidad en salud. Las consecuencias sociales se refieren a la repercusión diferente que un cierto evento de salud puede tener en una persona o grupo debido a sus distintas circunstancias y posición social (Fig. 4).⁷

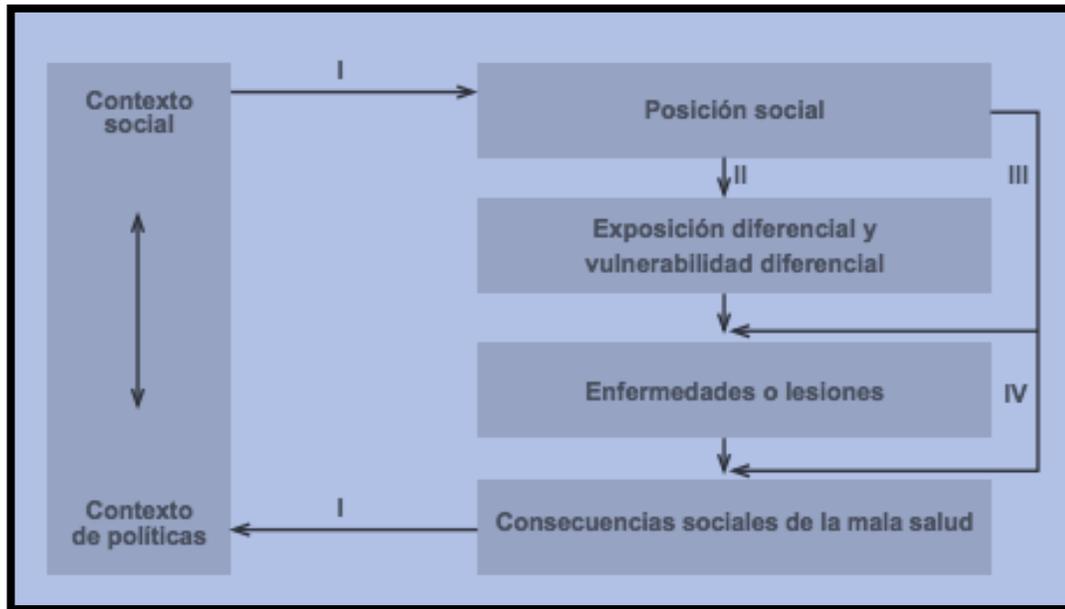


Fig. 4 Modelo de Diderichsen.

2.1.4 Dahlgren y Whitehead

Dahlgren y Whitehead en 1991 describen la relación entre el individuo, su entorno y la enfermedad. Representan las capas de la influencia que presentan los individuos, en el centro se esquematizan los factores genéticos (no modificables), a continuación se rodean por las conductas y estilos de vida; las influencias sociales y comunitarias sobre la salud; los factores relacionados con las condiciones de vida y trabajo y la última capa las condiciones socio-económicas culturales y medioambientales (potencialmente modificables). (Fig.5).⁷

A continuación se explica cada capa de influencia:

- **Edad, sexo y factores hereditarios**

Ocupan el núcleo; incluye la edad, sexo, etnia y factores constitucionales (por ejemplo, factores genéticos, biológicos).



Estos factores son muy importantes para la salud, sin embargo, se ven en gran parte como fuera del alcance y la influencia de la mejora de las estrategias, políticas y prácticas de salud pública. Sin embargo, otros factores, que pueden a su vez ser influenciados, se extienden en capas del núcleo de la modelo.

- **Factores de estilo de vida individuales**

Se describe como el estilo de vida, esta capa se refiere a conductas como el tabaquismo, el alcohol y otro uso indebido de drogas, la mala alimentación o la falta de actividad física.

- **Las redes sociales y comunitarias**

Las redes sociales se refieren a la familia (padres, hijos, socios), los amigos y los círculos sociales más amplios que nos rodean.

Las redes sociales y la comunidad son un factor de protección en materia de salud. Y aunque puede correr el riesgo de afirmar lo obvio, que es la calidad más que la cantidad de relaciones que importa.

- **Las condiciones de vida y de trabajo**

Incluye el acceso y las oportunidades en relación con, por ejemplo; la educación, la formación y el empleo, la salud, los servicios de asistencia social, vivienda, transporte público y servicios. Incluye instalaciones como el agua y el saneamiento en ejecución, y tener acceso a los bienes esenciales como alimentos, ropa y combustible.

- **Condiciones generales socioeconómicos, culturales y ambientales**

Representa los factores sociales, culturales, económicos y ambientales que repercuten en la salud y el bienestar e incluyen, por ejemplo, los salarios, la

renta disponible, la disponibilidad de trabajo, la fiscalidad y los precios; combustible, el transporte, la alimentación, el vestido

Estas condiciones generales pueden afectar directamente a la capacidad de gasto del gobierno, ya su vez tienen una influencia directa sobre las prioridades de salud y de política social.

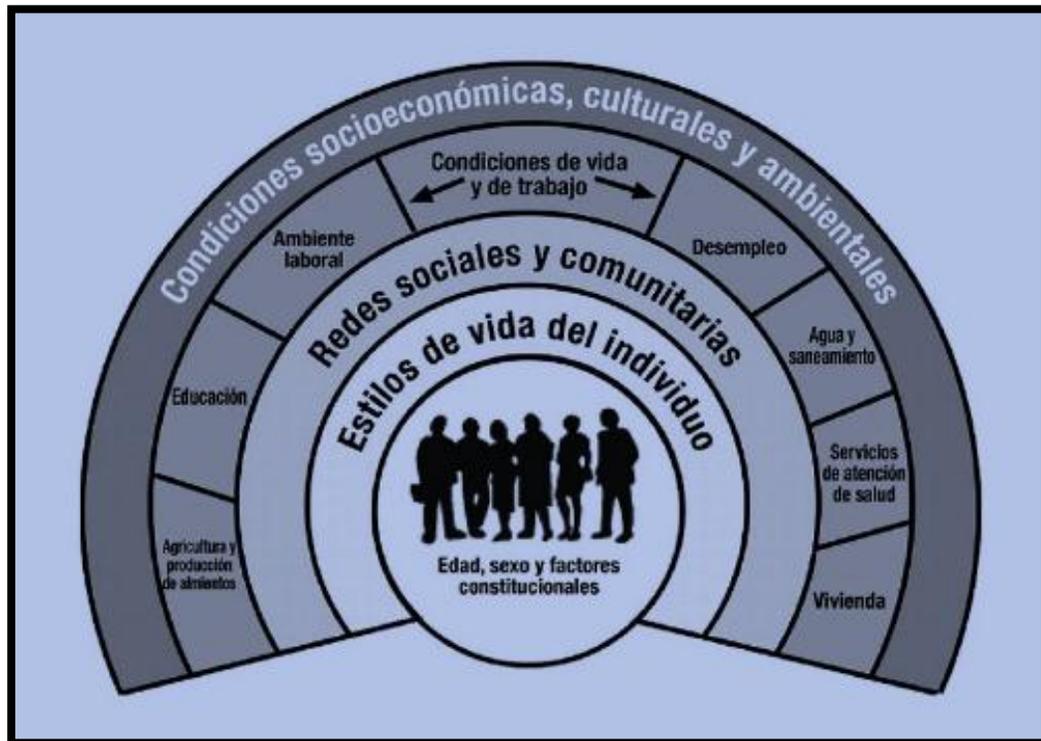


Fig. 5 Modelo Social de Salud Dahlgren y Whitehead (1991).

2.1.5 Comisión OMS sobre Determinantes Sociales de Salud

La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) es una red mundial de instancias normativas, investigadores y organizaciones de la sociedad civil que la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹ reunió para ayudar a afrontar las causas sociales de la falta de salud y de las inequidades sanitarias evitables.



Fue creada en marzo de 2005 por el Dr. J. W. Lee, Director General que fue de la OMS, para acopiar datos para mejorar la salud y lograr que esté distribuida de forma más justa en todo el mundo, y para promover un movimiento mundial en favor de la consecución de esos objetivos.

La comisión plantea que el contexto social y político, y los procesos económicos, dan origen a posiciones socioeconómicas desiguales y dicha estratificación por ingreso, educación, ocupación, género, lleva a la creación de inequidades sociales en condiciones de vida y de trabajo.

Fue creada en respuesta a la creciente preocupación suscitada por las inequidades persistentes (económicas, sociales, normativas y políticas) y cada vez mayores.¹

La CDSS recibió un mandato de tres años para acopiar y revisar datos sobre intervenciones necesarias para reducir las inequidades en materia de salud dentro de los países y entre ellos, y comunicar sus recomendaciones al respecto al Director General de la OMS. Parte integral de ese mandato era establecer lazos de asociación con países comprometidos a adoptar medidas integrales y que afectaran a múltiples áreas de la acción gubernamental para afrontar las inequidades sanitarias. Se reunieron expertos para acopiar datos, y en el proceso también participaron organizaciones de la sociedad civil.

2.1.5.1 Líneas de acción

La CDSS menciona 3 grandes líneas de acción:¹⁰

- A) Mejorar las condiciones de vida cotidianas:
 - Mejorar el bienestar de las niñas y las mujeres y las condiciones en que nacen los niños.
 - Dedicar más atención al desarrollo temprano del niño y la educación de muchachas y muchachos.



DETERMINANTES SOCIALES ASOCIADAS AL USO DE PRÓTESIS TOTALES EN EL ADULTO MAYOR.



- Gestión del desarrollo urbano.
 - Mejorar la disponibilidad y asequibilidad de vivienda.
 - Invertir en la mejora de los barrios de chabola, priorizando el abastecimiento de agua y el saneamiento, la electricidad y la pavimentación de las calles.
- Velar por que la planificación urbana promueva conductas sanas y seguras según criterios de equidad.
 - Transporte activo.
 - Planificación del sector minorista para controlar el acceso a alimentos poco saludables.
 - Ordenación adecuada del medio y aplicación de controles reguladores, por ejemplo limitando el número de establecimientos de venta de alcohol.
- Velar por que las políticas que afronten el cambio climático tengan en cuenta la equidad sanitaria.
- Convertir el pleno empleo y el trabajo digno en objetivos comunes de las instituciones internacionales y en elemento central de las agendas nacionales de formulación de políticas y las estrategias de desarrollo.
 - Reforzar la representación de los trabajadores en la formulación de políticas, leyes y programas de empleo.
- Los organismos internacionales han de ayudar a los países a proteger a los trabajadores.
 - Aplicar normas laborales básicas en el sector estructurado y no estructurado.
 - Elaborar políticas que garanticen el equilibrio entre la vida laboral y personal.
 - Reducir los efectos negativos de la inseguridad entre los trabajadores en situación de precariedad laboral.
- Mejorar progresivamente los sistemas de protección social.



DETERMINANTES SOCIALES ASOCIADAS AL USO DE PRÓTESIS TOTALES EN EL ADULTO MAYOR.



- Lograr que los sistemas incluyan a las personas en precariedad laboral, en particular las que trabajan en el sector no estructurado, el servicio doméstico o la asistencia a otras.
 - Crear sistemas de salud de calidad, con cobertura universal y centrados en la atención primaria de salud.
 - Fortalecer la función directriz del sector público en la financiación de sistemas de asistencia equitativos, que garanticen el acceso universal a la atención, con independencia de la capacidad de pago.
 - Combatir la fuga de personal sanitario, invirtiendo en la contratación de más recursos humanos para la salud y en su formación, y mediante acuerdos bilaterales que regulen las pérdidas y ganancias.
- B) Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos:
- Responsabilizar a las más altas instancias gubernamentales de la acción en pro de la salud y de la equidad sanitaria, y lograr que todas las políticas contribuyan a ese fin de forma coherente.
 - Evaluar los efectos de todas las políticas y programas en la salud y la equidad sanitaria.
 - Fortalecer la financiación pública para actuar sobre los determinantes sociales de la salud.
 - Elaborar un conjunto coherente de determinantes sociales de la salud de lucha contra la pobreza.
 - Institucionalizar la consideración de las consecuencias en la salud y la equidad sanitaria de los acuerdos económicos nacionales e internacionales y la formulación de políticas.
 - Reforzar el papel fundamental del Estado en la prestación de servicios básicos esenciales para la salud (tales como el agua y el saneamiento) y en la reglamentación de bienes y servicios con consecuencias importantes para la salud (como el tabaco, el alcohol y los alimentos).



DETERMINANTES SOCIALES ASOCIADAS AL USO DE PRÓTESIS TOTALES EN EL ADULTO MAYOR.



- Aprobar y aplicar leyes que promuevan la equidad de género e ilegalicen la discriminación por razones de sexo.
- Aumentar la inversión en servicios y programas de salud sexual y reproductiva, teniendo como objetivo la cobertura universal y el respeto de los derechos.
- Robustecer los sistemas políticos y jurídicos.
 - Proteger los derechos humanos.
 - Garantizar la identidad jurídica y tener en cuenta las necesidades y las reivindicaciones de los grupos marginados, en particular de los pueblos indígenas.
- Garantizar la representación y participación justas de todos los individuos y comunidades en la toma de decisiones relativas a la salud.
- Permitir que la sociedad civil se organice y actúe de forma que se promuevan y respeten los derechos políticos y sociales que afecten a la equidad sanitaria.
- Convertir la equidad sanitaria en un objetivo de desarrollo mundial.
- C) Medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones:
 - Disponer de sistemas de seguimiento sistemático de la equidad sanitaria y los determinantes sociales de la salud a nivel local, nacional e internacional
 - Velar por que todos los niños sean registrados al nacer.
 - Establecer sistemas nacionales y mundiales de vigilancia de la equidad sanitaria.
 - Realizar inversiones para obtener e intercambiar nuevos datos sobre los determinantes sociales de la salud y sobre la eficacia de las medidas adoptadas.
 - Establecer presupuestos específicos para la obtención e intercambio mundial de datos.



DETERMINANTES SOCIALES ASOCIADAS AL USO DE PRÓTESIS TOTALES EN EL ADULTO MAYOR.



- Formar a los rectores de la política, las partes interesadas y los profesionales de la salud acerca de los determinantes sociales de la salud, e invertir en sensibilizar a la población.
 - Integrar los determinantes sociales de la salud en la formación médica y sanitaria.
 - Formar a los responsables y planificadores de la política en el uso de los estudios de impacto sobre la equidad sanitaria.
 - Dotar a la OMS de más medios para dar apoyo a las intervenciones sobre los determinantes sociales de la salud.



CAPÍTULO III LOS DETERMINANTES SOCIALES CON LA SALUD BUCAL

Las enfermedades bucales constituyen un problema general de salud pública. La caries dental y las periodontopatías, por su magnitud y trascendencia, representan los principales problemas de salud bucal.¹¹

La práctica de la odontología reconoce la influencia de factores sociales, políticos y económicos en los ámbitos locales y nacionales como determinantes de la situación de salud y, por ende, de la salud bucal. Además, ofrece enfoques y estrategias para los diferentes individuos y las comunidades, a través de programas de educación, estrategias de información, comunicación, y acciones de atención primaria en salud.¹²

De esta forma la salud oral tiene una estrecha relación con los determinantes sociales y se considera un componente del proceso salud enfermedad. La equidad en salud desempeña un papel importante en el desarrollo de los indicadores de salud bucal, dependiente de factores de desigualdad social como la clase socioeconómica y el acceso a los servicios de salud.

La población de México experimentó importantes transformaciones sociales, económicas, demográficas, políticas y culturales. Uno de los cambios más importantes ha sido la plena y acelerada transición demográfica por la que atraviesa el país, que dio inicio en la década de los treinta con el descenso paulatino de la mortalidad, y que se acentuó a mediados de los setenta con la declinación también de la fecundidad. Estas variaciones han implicado profundos cambios en la estructura por edad de la población, donde la cantidad relativa de personas de mayor edad ha aumentado gradualmente, y la de niños tiende disminuir.

En la actualidad, de acuerdo con los resultados del último recuento censal, en el país residen 97.5 millones de personas. De éstas, alrededor de 3.7



millones son mujeres de 60 años o más y 3.3 millones son hombres en este mismo tramo de edad.

El grupo de adultos mayores (65 años y más) por su parte, aumentará su tamaño de 7.1 millones en 2010 a 9.8 millones en 2020 y a 23.1 millones en 2050.¹³

Lo anterior, producto de la convergencia por el aumento en la esperanza de vida y la reducción en la fecundidad que han provocado un acelerado proceso de envejecimiento en la población. La mala higiene bucal, dental y de las prótesis dentales no solamente es un factor riesgo de las enfermedades odontológicas, sino de las infecciones neumónicas. Al respecto, se ha informado, que en pacientes ancianos con cuidados dentales, la frecuencia de neumonías es menor al ser comparados con la frecuencia de estas infecciones en pacientes sin adecuados cuidados dentales.¹⁴

Diversos son los factores considerados como determinantes de la salud oral, sin embargo, estos pueden ser agrupados en problemas de carácter económico social; biológicos, sociales y culturales, e institucionales (Fig. 6).²

Económico-sociales	Biológicos, psicológicos culturales	Institucionales
<ul style="list-style-type: none"> • Desempleo • Subempleo • Salarios • Niveles de escolaridad • Programas de fluoración de aguas. Escasez de agua potable • Limitantes al acceso a educación, alimentación y atención 	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de alimentación • Estrés, relacionado con problemas de salud oral como bruxismo, periodontopatías, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • No reconocimiento de caries y problemas periodontales como problemas de salud pública. • Modelo de atención en salud.

Fig. 6 Factores Determinantes de la Salud Oral.

3.1 Caries

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹⁵, la caries constituye la enfermedad más prevalente del mundo. La define como un proceso patológico de origen externo que se inicia después de la erupción y



determina un reblandecimiento del tejido duro del diente, evolucionando hacia la formación de una cavidad. Esta corresponde a una enfermedad infecciosa y contagiosa que afecta no sólo la salud de las personas, sino también su calidad de vida. Estudios muestran que 60-90% de niños y la inmensa mayoría de adultos padece caries.

Según resultados parciales de la Primera Encuesta Nacional de Caries y Fluorosis Dental 1996-2000, la prevalencia de caries en niños de 6 años es 61.8% y el promedio de CPOD a los doce años es 2.23.¹⁶

En ambos casos se observa un alto porcentaje de lesiones cariosas no tratadas. En Chile estudios muestran que 62-85% de la población en edad escolar presenta caries.¹⁷

Se considera a la caries como una enfermedad social, prevenible y con alto impacto en el edentulismo de la población. Está determinada por factores socioeconómicos, socio-ambientales, socio-culturales (inserción ocupacional, nivel educativo, cobertura de salud, nivel de ingreso, etc.), además del proceso biológico de las bacterias en la boca.

El conocimiento de estos factores permite avanzar en la identificación de los condicionantes y determinantes del estado de salud bucal de una población.¹⁸

El conocimiento de estos factores permite avanzar en la identificación de los condicionantes y determinantes del estado de salud bucal de una población.

Las investigaciones reportan que durante las últimas décadas la prevalencia y experiencia de caries han declinado en algunos segmentos de la población de la mayoría de los países desarrollados y que esta tendencia se ha visto parcialmente reflejada en algunos países de América Latina y el Caribe. También, que la causa más probable de la disminución en la prevalencia de caries en el mundo es la instauración de programas de educación,



prevención y tratamiento de esta enfermedad, cambios en los criterios diagnósticos y la introducción de fluoruros en sus diversas presentaciones. Sin embargo, otros estudios reconocen que no sólo el fluoruro tiene influencia en la disminución de caries.¹¹ En general, en países en vías de desarrollo aún se observan altos niveles de caries dental especialmente en países donde las intervenciones comunitarias de tipo promocional o preventivo no han sido firmemente establecidas. El acceso a atención sanitaria bucodental es limitado; a menudo los dientes no se tratan y como consecuencia son extraídos. La OMS estima que unos 5.000 millones de personas en el planeta han sufrido caries dental. Cabe resaltar que en todo el mundo se considera que pérdida dental es consecuencia natural del envejecimiento; pero, en realidad, puede prevenirse. En muchos países en desarrollo, el acceso a atención sanitaria bucodental es limitado; a menudo los dientes o no se tratan o son extraídos. Entre otros datos, la OMS estima que unos 5.000 millones de personas en el planeta han sufrido caries dental. En todo el mundo se considera que la pérdida de dientes es consecuencia natural del envejecimiento; pero, en realidad, puede prevenirse.¹⁹

En Perú, el 84,0% de los niños presentan caries dental a los 12 años de edad, con un promedio de 3,1 dientes permanentes con experiencia de caries dental. Se reconoce además que el componente cariado explica la mayor parte de la experiencia de caries dental.²⁰

En 1996, Chau describió que las condiciones sociodemográficas y dentro de sus variables analizadas halló que las personas con mayor grado de instrucción tuvieron la tendencia de tener bajo nivel de caries dental.⁴

Muchos estudios, como el presente, han mostrado índices de caries más altos en mujeres que en hombres, lo cual puede ser explicado por la influencia de factores de riesgo como: menor flujo salival, diferentes hábitos



dietéticos, variaciones genéticas, y asociación con mayor prevalencia de enfermedades sistémicas.

Bartolini²¹ afirmó en el año 2003 en Perú que el ingreso económico bajo fue un factor predisponente para la prevalencia de caries dental ya que se tiene escasa motivación y difícil acceso a los servicios de salud bucal por una falta de recursos. Esto se justifica porque los ingresos económicos están vinculados al acceso a atención odontológica lo cual no indica que el individuo estuvo libre de caries dental durante toda su vida.

Según la bibliografía revisada en Perú, los padres con una ocupación estable tuvieron la tendencia de tener hijos con bajo nivel de caries dental. De manera opuesta en este estudio la condición laboral explicó, la probable causa de este hecho es que la situación laboral está relacionada al ingreso económico, y ésta última al acceso a los servicios de salud.

Han existido numerosas investigaciones que han intentado descubrir la influencia de las condiciones de vivienda en la salud, sin embargo estos estudios aún son limitados. Las personas que habitan en una vivienda de condición aceptable tienen menos niveles de caries que aquellos que lo hacían en viviendas de condición regular y deficiente, identificándose que el nivel de caries dental estuvo influenciado por factores sociodemográficos.

Se ha demostrado que la experiencia de caries dental tiene poco uso de los servicios de salud, muchas veces se vincula al bajo nivel de instrucción que tuvo la persona así como los reducidos ingresos económicos por lo que la atención odontológica está enfocada una vez establecida la enfermedad.²²

Según el estudio realizado por William Brenes y Federico Hoffmaister; la frecuencia de caries dental, medida por el índice COPD (número de dientes cariados, obturados y perdidos) reportados en cinco países latinoamericanos, todos ellos realizados con personas mayores de 60 años, reportaron los



siguientes datos: Brasil 27,2, Costa Rica 26,1, Cuba 28,0, Chile 24,7 y Venezuela 19,1. El componente pieza dental perdida, fue el más frecuente del Índice COPD.¹⁴

Las medidas establecidas para erradicar este problema de salud, han disminuido según el índice COPD, pero son insuficientes y no se distribuyen homogéneamente en la población. Esta inequidad puede deberse, entre otras, a la alfabetización sanitaria, acceso a la salud, utilización de servicios sanitarios, estilos de vida, actitudes, motivación y expectativas de las personas.

La proyección que el daño de salud bucal revela, hace evidente lo importante que es intervenir durante la niñez y adolescencia, a través de medidas costo/efectivas orientadas hacia la prevención, promoción, diagnóstico y tratamiento precoz. Conocida es la vulnerabilidad de la caries a medidas preventivas, por lo cual se sugiere reforzar estas medidas, e incrementar estrategias promocionales y preventivas que contribuyan a eliminar las inequidades existentes.

3.2 Enfermedad periodontal

Según la OMS¹⁵, las periodontopatías, se caracterizan por producir inflamación y destrucción de los tejidos de soporte de los dientes, su etapa final de las ocasiona movilidad y pérdida de los dientes afectados.

La enfermedad periodontal afecta a la gran mayoría de la población desde las edades de 30 a 40 años. Existe alta prevalencia de malos hábitos de higiene oral y falta de supervisión especializada.²³

Las enfermedades periodontales graves pueden desembocar en la pérdida de dientes, las cuales afectan a un 5-20% de los adultos de edad madura cuya incidencia varía según la región geográfica.²⁴



La presencia de enfermedad periodontal aumenta considerablemente con la edad y en presencia de enfermedades o condiciones sistémicas con alteraciones del metabolismo e impacto en órganos blanco.

La identificación de factores de riesgo:

- Características personales: Edad, sexo, nivel socioeconómico, ocupación.
- Enfermedades sistémicas: diabetes.
- Estilos de vida: Tabaquismo alcoholismo, nutrición, higiene.
- Prevalencia de bacterias en la placa dentobacteriana como son: *Porphyromonas gingivalis*, *Bacteroides forsitus* y *Prevotella intermedia*.

El impacto en los programas de salud al mejorar los servicios de diagnóstico temprano y tratamiento oportuno de las periodontopatías, es una parte importante e imprescindible en la salud general.

La salud bucal es un componente social complejo que rebasa el campo de la atención odontológica, por lo cual se requiere un abordaje multisectorial y multidisciplinario.

De acuerdo al estudio realizado por William Brenes y Federico Hoffmaister; la enfermedad periodontal avanzada, en el estudio del cantón Vázquez de Coronado, se encontró en el 33,7% de las personas que aún conservaban dientes. Así mismo señalan que algunos trastornos sistémicos crónicos, como es el caso de la diabetes proporciona el doble de riesgo de desarrollar enfermedad periodontal severa, comparado con personas no diabéticas de la misma edad y género.¹⁴

La noción que la enfermedad periodontal era la mayor causa de pérdida de dientes en adultos se estableció por opiniones personales, y no fue hasta el desarrollo de la epidemiología periodontal que ganó ímpetu; sin embargo en



la actualidad es limitada la información de estimación de esta patología en la mayoría de países. Los datos que existen en los países desarrollados, más allá del número de odontólogos y especialistas, no ofrecen información o datos sobre las necesidades de prevención, enfocándose fundamentalmente en el aspecto curativo, existiendo sin duda una necesidad de reforzar la prevención y programas de promoción de la salud en la mayoría de los países. Aunque estas lesiones son prevenibles, no todos los grupos poblacionales están bien informados y es necesario integrarla a los programas sociales de los estados en las comunidades, sobre todo ante la realidad del acelerado envejecimiento poblacional que se anticipará aún más en los próximos años. Los análisis recientes en EEUU, sobre la prevalencia de la periodontitis moderada a severa fueron sólo del 4.2 %, sugiriendo una reducción substancial sobre la década anterior. Encuestas realizadas en Europa han corroborado la reducción de la prevalencia en adultos. Una comparación durante un período de 30 años en Suecia en individuos de 20 a 70 años reveló cambios importantes, demostrando que la salud periodontal mejoró de 8 a 44 %. Los cambios en el estilo de vida, higiene bucal y la adición de una conducta menos riesgosa, en particular el reconocimiento del efecto deletéreo del cigarrillo explicaría esta disminución. También la Organización Mundial de la Salud realizó un extenso estudio en poblaciones de bajos estratos en el globo, especialmente en países en desarrollo. Determinaron que 10-15% de los adultos tenían más de 6 mm de profundidad de surco gingival. En contraste a la creencia común la enfermedad periodontal no es el factor más importante de pérdida de dientes en África y Asia, sin embargo es necesario confirmar estos resultados.²⁵

Los factores de riesgo juegan un papel importante en la respuesta individual a la infección periodontal. Identificarlos ayuda al paciente en la prevención y tratamiento. El análisis de estos factores y la capacidad de ajustarlos



estadísticamente y estratificarlos en la población elimina los efectos de confundir factores, y que permitan identificarlos independientemente. Los factores independientes pero modificables incluyen estilo de vida, como cigarrillo y consumo de alcohol. También envuelven enfermedades y condiciones como la diabetes, obesidad, síndrome metabólico, osteoporosis y baja ingestión de calcio y vitamina D. Estos factores son modificables y su manejo es un componente mayor del tratamiento contemporáneo de muchos pacientes afectados periodontalmente.

Los factores genéticos también juegan papel importante y son una manera de prevención y detección temprana. Aunque su rol en la periodontitis agresiva es claro, no existe evidencia clara de su noción en la población en general; es importante realizar esfuerzos en reconocer estos componentes genéticos y a los pacientes de alta susceptibilidad. En ese sentido Genco y Cols. afirman: sin duda la identificación de los factores de riesgo y su manejo es un elemento fundamental en el tratamiento de pacientes con problemas periodontales.²⁶

3.3 Edentulismo

De acuerdo al estudio realizado por William Brenes y Federico Hoffmaister; América Latina, como es el caso de Chile, la frecuencia de pérdida dentaria en personas que asisten a clubes de ancianos en Valparaíso fue de 33% y se encontró que aquellos que aún conservaban dientes tenían un promedio de seis dientes, el caso de Cuba, donde el 9,4% de la población mayor de 65 años, conservaba más de 20 dientes, en el estudio del cantón de Barva de Heredia, solamente el 4% mostró 20 o más piezas dentales en boca. Así mismo señalan que los malos estilos de vida asociados a la deficiente nutrición y a las malas prácticas de autocuidado, son otro factor a ser considerado en la etiopatología de la morbilidad dental de las personas adultas mayores.²²



DETERMINANTES SOCIALES ASOCIADAS AL USO DE PRÓTESIS TOTALES EN EL ADULTO MAYOR.



En una revisión del estado de salud oral de los adultos mayores de América Latina, Marino señala una alta prevalencia de pérdida dentaria por caries y de desdentados totales, además de una escasa utilización de los servicios dentales.²⁷

Cuando falta un elemento dentario, los individuos se aíslan, no tienen comunicación ni expresan muchos de sus deseos por vergüenza, sufren de baja autoestima, se inhiben sus oportunidades laborales, incluso pierden oportunidades laborales, educativas y sociorecreativas y presentan dificultades alimentarias por las pérdidas de sus dientes pierden oportunidades laborales o de inserción económica permanente.¹⁸



CAPÍTULO IV IMPACTO QUE TIENEN LOS DETERMINANTES SOCIALES CON LA PRÓTESIS TOTAL

4.1 Estilo de vida

William Brenes y Federico Hoffmaister señalan que los factores condicionantes de las enfermedades están atribuidos según el modelo aplicado por Lalonde (estilos de vida, el medio ambiente, la biología humana y los servicios de salud). En el caso de las enfermedades bucales los componentes: estilos de vida y servicios de salud podrían tener el peso relativo más importante en la causalidad de estas morbilidades.²²

Además de permitir la ingesta de alimentos, la boca facilita la comunicación a través del lenguaje, sirve de herramienta para expresar emociones, pensamientos y sensaciones; para establecer contacto íntimo y social con el resto de las personas que conforman su mundo.²⁸

El deterioro físico de los órganos dentarios o de la pérdida de los mismos, combinado con la halitosis afecta la armonía psíquica del individuo. Esto porque menoscaba la salud e impide mantener un nivel óptimo de autoestima, integrarse en armonía con la pareja, la familia y por consiguiente con la estructura social en la que se encuentra inmerso. Estas situaciones conllevan a que la persona se convierta, o se sienta, blanco de rechazo, burlas o de falta de integración al mercado laboral, los espacios recreativos y otros núcleos de convivencia.

4.1.1 Nutrición

La condición dental del adulto mayor tiene gran impacto en la selección de los alimentos y por ende su condición nutricional es, junto con otros, un factor de riesgo de malnutrición.²⁷ Las personas con impedimentos dentales severos, especialmente los portadores de prótesis completas, seleccionan su dieta comprometiendo su estado de salud nutricional. En cambio, las personas con rendimiento masticatorio elevado muestran mayor número de



ingestiones diarias, con mejor disposición para ingerir alimentos duros. A medida que sufren de edentulismo y deben utilizar prótesis, disminuye su eficiencia masticatoria. Las diferencias en la frecuencia de ingestión dependen de la integridad del aparato masticatorio. Además, se ha verificado que en ancianos tanto dentados como desdentados parciales los cambios propios de la edad comprometen la función sensorial oral, disminuyendo significativamente la percepción de los sabores, de la dureza y la textura de los alimentos y por consiguiente decrece su interés por alimentarse.

Las prótesis dentales adecuadas han demostrado ser la condición principal para mejorar la nutrición de los adultos mayores, además de ser un factor de prevención de problemas digestivos al permitirles incrementar la alimentación con fibras.

Por otra parte, la atrofia muscular hace que el anciano requiera de más tiempo de masticación para preparar el bolo alimenticio y la atrofia glandular, producto de los fármacos y de la edad, hace más difícil su preparación para ser deglutido.

Todo ello, unido a la falta de dientes, impacta en su vida social, haciendo que el adulto mayor seleccione la comida de modo adverso para su salud. El uso de prótesis mejora la dieta, a pesar que la selección de los alimentos puede seguir siendo deficiente por la disminución en la eficiencia masticatoria en relación al individuo dentado.

Para devolver la capacidad masticatoria es necesario evaluar la calidad de las prótesis dentales, para ello se pueden utilizar los siguientes criterios encontrados en (Fig. 7).¹⁴

- 1) Criterios clínicos de retención, estabilidad, soporte y años de uso.
- 2) La satisfacción que tienen las personas adultas mayores respecto a la funcionalidad y la estética, la evidencia clínica de alteración patológica de los



tejidos mucosos o dentales de soporte y sí existe la necesidad clínica de cambio de prótesis

Característica	Criterio
Retención	Capacidad de la prótesis de mantenerse autónomamente en los tejidos bucales.
Estabilidad	Capacidad de la prótesis, una vez insertada en la arcada, de mantenerse sin torques o palanqueos en los tejidos remanentes dentales, mucosos o mixtos. Esto es, sin movimientos que perjudiquen las estructuras adyacentes.
Soporte	Capacidad de la prótesis de no hundirse en los tejidos que prestan asiento. La evidencia clínica se muestra por la existencia de marcas de los bordes de las prótesis sobre los tejidos.
Número de años de uso	Colocar el número de años de uso de la prótesis.
Satisfacción del paciente por la estética de la prótesis	Es el juicio de valor que dá el paciente en términos de aceptación estética de la prótesis. La respuesta es dicotómica "sí" o "no"
Satisfacción del paciente por la funcionalidad de la prótesis	Es el juicio de valor que da el paciente en términos de aceptación funcional de la prótesis, en el sentido de su capacidad masticatoria y fonética con esa prótesis. La respuesta es dicotómica "si la acepta" o "no la acepta".
Evidencia clínica de alteración patológica de los tejidos mucosos o dentales de soporte de las prótesis	Anotar "sí" sí existe una alteración patológica como lesiones ulcerosas en tejidos blandos. Alteraciones mínimas que se aprecian clínicamente pero no provocan molestia al paciente se anotan como "no".
Necesidad clínica de cambio de prótesis	Con base en los ocho criterios anteriores y a juicio del odontólogo se evaluará la necesidad de cambio de prótesis.

Fig. 7 Criterios utilizados para la evaluación de la calidad de las prótesis.

Los criterios clínicos de retención, estabilidad y soporte tienden a ser más favorables en las prótesis superiores que en las prótesis inferiores.

4.1.2 Estética

La falta de dientes influye negativamente sobre la estética facial y el lenguaje oral, afectando su autoestima y salud mental.



El impacto que tiene la apariencia física durante la interacción social en una proporción de adultos mayores de alto y bajo nivel socioeconómico, portadores de prótesis tanto superior como inferior sufren de dolor o molestias con ellas, el dolor (ocasional o permanente) no necesariamente lleva a los adultos mayores a no usar sus prótesis, declarando que se sienten y se ven mejor portándolas. La salud bucal tanto en hombres como en mujeres tienen dificultad para participar o integrarse al mundo laboral si se hace evidente el edentulismo.

La inserción de la mujer en el mundo del trabajo debiera posibilitar mayor acceso a la atención en salud oral; por otra parte, hoy es una exigencia de la vida social que las personas se responsabilicen y preocupen de su salud oral, no sólo por el problema estético sino también por los efectos que esto tiene en su calidad de vida.

La personalidad individual e influencias socioculturales, además de las características de la personalidad de cada sujeto, la preocupación por la apariencia general y el atractivo facial son potentes factores motivadores.²⁹

4.1.3 Creencias

Las creencias de la familia o grupos de iguales son determinantes muy poderosos, y es improbable que se adopte un nuevo modo de comportamiento contra aquellas.

La percepción que explica por qué la incapacidad funcional causada por la enfermedad bucal no ha sido incorporada dentro de los indicadores del estado de salud general, es que las condiciones bucales son comúnmente experimentadas por la mayoría de los individuos, y como no amenazan la vida en comparación con otras condiciones más serias, los individuos no asumen el “rol de enfermo” para la mayoría de las condiciones dentales. Esto hace que la utilización de servicios de salud dental se vea disminuida y en



muchos casos no sea importante dentro de la agenda de salud. Sin embargo, la evidencia sugiere que las condiciones dentales tienen un impacto significativo sobre la funcionalidad. Por ejemplo, datos de la Encuesta Nacional de Salud en Estados Unidos de Norteamérica indican que sólo los dolores dentales causan aproximadamente 17.7 millones de días de actividad restringida, lo que representa un serio problema de salud para la sociedad y un gasto importante para los sistemas de salud.

4.1 Nivel socioeconómico

En una revisión del estado de salud oral de los adultos mayores de América Latina, Marino señala una alta prevalencia de pérdida dentaria por caries y de desdentados totales, además de una escasa utilización de los servicios dentales. Pese a ello, los adultos mayores en Chile de nivel socioeconómico² bajo reafirman estos datos. Otros estudios también comprueban que la mayoría presenta caries en las piezas remanentes, alta prevalencia de enfermedad periodontal, higiene bucal inadecuada y visita al dentista con muy poca frecuencia. En un estudio realizado en el área Norte de Santiago en adultos mayores de 60 años y más de nivel socioeconómico bajo, se encontró que más de la mitad conservaba sólo 7 o menos piezas dentarias en boca. El 25,9% era desdentado total y de éste el 18,6% no contaba con prótesis; el 91,5% necesitaba instrucción en higiene oral. Un 30,3% de la muestra carecía de prótesis necesiéndola, pero sólo un 8,7% expresó deseo de usarla. En el 67,5% de los que poseían prótesis, había que rehacer o reparar. El 53,3% de las mismas. La preferencia por alimentos blandos resultó significativamente superior entre quienes no tenían prótesis y la necesitaban. El trabajo de Misrachi y Lamadrid (1997) muestra que en el nivel socioeconómico bajo sólo un 44,5% de los portadores de prótesis la mantiene en buen estado de higiene, lo que podría estar indicando que una vez recibido el tratamiento los pacientes no son capacitados para mantener sus prótesis en buen estado de higiene. El control periódico con el dentista



es bajo en este grupo etáreo; Gamonal (1996) señala que el 78,5% de los adultos mayores investigados no utilizó ningún tipo de servicio dental durante los doce meses previos al estudio. En el trabajo de Lamadrid y Misrachi, sólo el 43% había consultado al dentista en los últimos 12 meses, lo que hace pensar que el acceso a los servicios dentales es difícil para los adultos mayores, ya que no existe un programa dental específico para ellos y deben competir por la atención con los adultos más jóvenes y sobre todo con los niños y embarazadas cuyos programas de salud bucal son prioritarios. El conjunto de los trabajos revisados permite afirmar que la salud oral de los adultos mayores, de nivel socioeconómico bajo, es precaria, influyendo en ello la escasa adopción de conductas de protección de su salud oral.

Los adultos mayores de más altos ingresos tienen mejor nivel educacional y mayor acceso a los servicios dentales.

Los adultos Mayores de bajos recursos tienen menor promedio de dientes en boca y una mayor proporción de desdentados totales en relación a los de altos recursos. Al comparar las mujeres con los hombres en ambos grupos socioeconómicos se encontró que las mujeres tenían un promedio significativamente menor de dientes en boca que los hombres y habían perdido los dientes a más temprana edad.²⁷

Las mujeres de bajos recursos son las que presentan las peores condiciones de salud bucal y en contrapartida los adultos mayores hombres de altos recursos son los que se encuentran en las mejores condiciones.

Finalizan con que la falta de recursos constituye una barrera para el acceso a los servicios dentales, sino que existe además un factor sociocultural que interviene en la decisión de asistir a la atención dental que en ambos grupos socioeconómicos exista una proporción que careciendo de prótesis necesiándola, no desee usarla. En relación a las visitas al odontólogo, son significativamente mayores los de altos recursos que los de bajos recursos.



Las causas de consulta muestran una actitud mucho más orientada a la prevención en el grupo de alto nivel económico.

4.2 Sistema sanitario

Cuando los problemas afectan de alguna manera a toda la sociedad y/o requieren decisiones que deben ser acatadas por todos sus miembros, las decisiones tienen que ser respaldadas por una autoridad que las haga obligatorias para toda la sociedad; estas son decisiones políticas.

Los responsables políticos, gestores de industrias alimentarias, personal encargado de proporcionar cuidados sanitarios especialmente los profesionales de atención primaria, trabajadores de centros educativos, participantes en programas sanitarios y escolares y los representantes de los organismos estatales reguladores de la publicidad, debería ser parte integrante de cualquier medida reguladora, legislativa o de intervención de los servicios de Salud Pública.²⁹ La influencia de las campañas y los medios de comunicación pueden proporcionar información o generar cambios de comportamiento positivos o negativos, impactando así sobre los estímulos y en la filtración de los mensajes a través de sus valores y actitudes personales. Sin embargo, es más fácil que induzcan o fortalezcan comportamientos negativos. Por ejemplo se ha visto que la publicidad televisiva de dulces, galletas y cereales previamente azucarados, lo que ha fomentado esta práctica dental negativa.

En 2003 se puso en marcha el Sistema Nacional de Cartillas de salud, donde los individuos podrán llevar un seguimiento personalizado y continuo de las acciones de prevención para la salud que reciban en cada etapa de la vida.

a. Este sistema está compuesto de cuatro elementos: 1) la cartilla nacional de vacunación (que ya estaba siendo empleada desde 1978), 2) la cartilla de salud de la mujer, 3) la cartilla nacional del hombre, y 4) la cartilla nacional del adulto mayor.



Es muy importante que sigan aplicándose y mejorándose. Como quiera que diversos programas preventivos, como la fluoración del agua, el uso de fluoruros tópicos, la aplicación de selladores y las medidas de higiene oral tienen una gran capacidad potencial de reducción de las enfermedades dentales, deberían intensificarse los esfuerzos por aumentar su difusión, especialmente entre los niños que más pueden beneficiarse de ellos. Las políticas de los organismos internacionales que velan por la salud de la población han generado un notable incremento de las expectativas de vida.

Por tanto, la proporción de personas de la tercera edad aumenta progresivamente y las previsiones apuntan hacia la continuidad de esta tendencia.

Entre los retos a mediano y corto plazo está el determinar las necesidades de atención y el estado de salud bucal de población mexicana de la tercera edad, de la cual no es bien conocido el estado de salud. Debido al aumento en el número de personas de la tercera edad México requerirá en el futuro un adecuado plan para hacer frente a las necesidades que presenta este grupo poblacional.¹¹

Cabe destacar que los adultos mayores de los servicios públicos no cuentan con un programa exclusivo de atención, estando incluidos dentro del 40% de las horas odontólogo destinadas al programa de adultos, sin distinción de edades.

El hecho que aproximadamente la mitad de los adultos mayores de nivel socioeconómico bajo no tengan satisfechas sus necesidades protésicas representa un gran desafío para la atención pública en salud oral, que debiera establecer un programa odontológico específico para este grupo etáreo en el nivel primario de atención, que incluya la confección y reparación de prótesis. Para ello, es necesario definir previamente los criterios de derivación de complejidad protésica para el nivel secundario, lo



cual eliminaría algunas de las barreras que intervienen negativamente en la solución de sus problemas de salud oral. Este programa debe intentar además, involucrar activamente a los adultos mayores en el autocuidado de su salud oral, para lo cual es necesario incluir planes de educación en salud oral y diseñar estrategias de seguimiento y reforzamiento para alcanzar los objetivos que se propongan. Igualmente los profesionales que atienden a adultos mayores de nivel socio económico alto deben procurar entregar los servicios conjuntamente con programas de educación para la salud oral.

Pensamos que cualquier programa educativo para los adultos mayores debe considerar que la forma de comunicación es diferente a la que se establece con los otros grupos etáreos, es por ello que los profesionales que se dedicarán a su atención deben capacitarse no sólo en los aspectos técnicos sino que también en los comunicacionales.

La OMS con el propósito de reorientar los sistemas de salud hacia una salud para todos se basan en: la cobertura universal para mejorar la equidad sanitaria, prestación de servicios acordes a las necesidades y expectativas de la población, reformas de liderazgo para que las autoridades sanitarias sean más confiables, y reformas de las políticas públicas para promover y proteger la salud de las comunidades.

4.3 Biología humana (envejecimiento)

Es indiscutible que la calidad de vida de cualquier individuo se ve afectada por el estado de su salud oral, situación que se hace más evidente en el adulto mayor por cuanto el proceso de envejecimiento determina cambios tisulares y una pérdida progresiva en la capacidad de adaptación del organismo.³⁰ Durante la vejez los cambios en la estructura de los tejidos que conforman el aparato estomatognático, asociados a un deficiente cuidado de la salud bucal durante el transcurso de la vida, hacen que aumente la



probabilidad de llegar a la tercera edad con una significativa pérdida de órganos dentarios.

El análisis de las situaciones de salud bucal en personas adultas mayores, ha cobrado un interés reciente, debido a los acelerados cambios en la estructura demográfica de la población.

La población mayor de 60 años en México supera actualmente los 10.9 millones de habitantes, lo que representa más del 9.3% de la población total, informó el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI).³¹ El instituto destacó que este sector poblacional mostró una tendencia al crecimiento a nivel mundial a partir de la segunda mitad del siglo pasado, debido al aumento del nivel de sobrevivencia de la población.

En el caso de México, el INEGI destacó que el envejecimiento de su población se hizo evidente a partir de la última década del siglo pasado, al mostrar una inercia que cada vez se hace más notoria.

Lo anterior se puede apreciar luego de que de 1990 a 2012 la proporción de niños y jóvenes en la población se redujo, mientras que la participación relativa de adultos mayores pasó de 6.2% a 9.3%, y se espera que a 2050 llegue a 21.5%.

Explicó que datos recientes sobre la actividad de esta población en la comunidad revelan que durante el segundo trimestre de 2013 la tasa de participación económica de las personas de 60 años y más ascendió a 33.8% del total.

A pesar de ello, de acuerdo con datos de 2012 del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval), en México 43% de los adultos mayores se encuentran en situación de pobreza multidimensional.



DETERMINANTES SOCIALES ASOCIADAS AL USO DE PRÓTESIS TOTALES EN EL ADULTO MAYOR.



A su vez, de acuerdo con estadísticas de 2011, la morbilidad hospitalaria más alta en este sector poblacional es por diabetes mellitus y se ubica en la población de 75 a 79 años -vejez plena- (842 y 915 por cada 100 mil hombres y mujeres, respectivamente).

Finalmente, de acuerdo con la Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México 2012 (ENASEM 2012) entre los principales problemas de funcionalidad de los adultos de 60 y más años se encuentran las dificultades para vestirse, caminar, acostarse y levantarse, seguidas de aquellas para usar el baño, bañarse y comer.³²



CONCLUSIONES

Se habla de la salud como un producto social, relacionado con las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales; condiciones de vida y trabajo; influencias comunitarias y soporte social; factores individuales y estilo de vida sin excluir los factores biológicos y genéticos.

Tomando en cuenta lo reportado en la presente investigación bibliográfica, los DSS deben ser considerados dentro del proceso salud-enfermedad analizándolos en conjunto como factores que interactúan con los individuos de la sociedad, es así que, abordarlos es un primer paso para lograr una equidad sanitaria garantizando adecuados niveles de vida. El analizar la situación de salud de los pacientes portadores de prótesis total deberá reconocer la influencia de los factores determinantes de la salud antes descritos, dependiendo del contorno social y el impacto generado en la población más vulnerable.

Al reconocer las causas de las causas, se comprende que los individuos forman parte importante de las comunidades y por lo tanto su salud no está excluida de los determinantes sociales en salud, es importante no poner en primera instancia las soluciones centradas en el tratamiento de las enfermedades sin antes saber escucharlos e involucrar el panorama de las necesidades sociales y de salud bucal que presentan,

La práctica médica y específicamente la odontología reconoce la influencia de factores sociales, políticos y económicos en los ámbitos locales y nacionales como determinantes de la situación de salud y, por ende, de la salud bucal.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹ OMS. Organización Nacional de la Salud. Programas y Proyectos Determinantes sociales de la salud [monografía en internet]. Secretaría General de la OMS. [Acceso: 02 septiembre 2014]. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/es/

² Peñaloza Quintero, Rolando Enrique; Parada Vargas, Ludy Alexandra. Posso Héctor Jaime. Elaborar el marco de referencia para el modelo de atención en salud bucal. Documento técnico GPES/1585-10 [en internet]. 2010. [Acceso: 02 septiembre 2014]. Disponible en: <file:///C:/Users/HOME/Downloads/1585%20-11%20MARCO%20DE%20REFERENCIA%20PARA%20EL%20MODELO%20DE%20ATENCION.pdf>

³ Villar Aguirre, Manuel. Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. Acta Médica Peruana [revista en internet] 2011, 28(4). [citado 22 de septiembre 2014]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172011000400011&lng=es&nrm=iso.

⁴ Hadad Arrascue, Natalie Luz Gabriela y Del Castillo López, César Eduardo. Determinantes sociales de salud y caries dental. Odontología Pediátrica [en internet]. 2011, 10 (1) [Acceso: 27 septiembre 2014]. Disponible en: http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1814-487X2011000100003&lng=es&nrm=iso.



⁵ Karam Claderón, Miguel A. ¿Porque son importantes los determinantes sociales de la salud?. Rev Salud Pública y Nutrición [revista en internet]. 2010 [Acceso: 02 septiembre 2014]. Disponible en: http://www.respyn.uanl.mx/xi/1/invitado_especial/invitado.htm

⁶ Ávila-Agüero María Luisa. Hacia una nueva Salud Pública: Determinantes de la Salud. Acta Médica Costarricense [en internet]. 2009, vol.51, n.2 [Acceso: 23 septiembre 2014], pp. 71-731. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022009000200002&lng=en&nrm=iso.

⁷ Vega Jeanette, Solar Orielle, Irwin Alec. Equidad y determinantes sociales de la salud: conceptos básicos, mecanismos de producción y alternativas para la acción. [monografía en internet]. Equipo de Equidad en Salud de la Organización Mundial de la Salud [Acceso: 02 septiembre 2014]. Disponible en: http://cursos.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/3225/mod_resource/content/0/Curso_DSS_11/equidad_DSS_conceptos_basicos.pdf

⁸ Casadeasociaciones.wordpress.com, Condicionantes de la salud. [sede Web]. [Acceso: 09 septiembre 2014]. Disponible en: <https://casadeasociaciones.wordpress.com/tag/sistema-sanitario/>

⁹ Montaner Gomis Isabel, Foz Gil Goncal, Pasarín Rúa Maria Isabel. La salud: ¿un asunto individual?. Rev Actualización en Medicina de Familia AMF [Revista en internet]. 2010 [Acceso: 02 septiembre 2014]; 8(7). Disponible en: http://www.amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=1015



¹⁰ OMS. Informe final de la Comisión OMS sobre los Determinantes Sociales de la Salud. [monografía en internet]. [Acceso: 19 septiembre 2014]. Disponible en: (http://www.who.int/social_determinants/final_report/media/csdh_report_wrs_es.pdf?ua=1)

¹¹ Medina-Solís C. et al . Políticas de salud bucal en México. Disminuir las principales enfermedades: una descripción. Revista Biomed [revista en internet] 2006. [Acceso: 02 septiembre 2014]; 17:269-286. Disponible en: <http://www.cirbiomedicas.uady.mx/revbiomed/pdf/rb061745.pdf>

¹² Watt Richard G. Strategies and approaches in oral disease prevention and health promotion. Bull World Health Organ. 2005; 83(9):711-718.

¹³ SEGOB. Aspectos generales de los resultados de las proyecciones de población. [monografía en internet]. [Acceso: 04 octubre 2014] Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Aspectos_Generales_de_los_resultados_de_las_Proyecciones_de_Poblacion

¹⁴ Brenes William, Hoffmaister Federico. Situaciones de salud bucal en personas adultas mayores: problemas y desafíos. Rev. costarric. cienc. méd [en línea]. 2004, 25 (3-4). [Acceso: 10 octubre 2014], pp. 27-41 . Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S0253-29482004000200003&script=sci_arttext

¹⁵ Organización Mundial de la Salud. Metodología y programa de prevención de las enfermedades bucodentales [monografía en internet]. [Acceso: 01 octubre 2014]. Disponible en: <http://www.cirbiomedicas.uady.mx/revbiomed/pdf/rb061745.pdf>



¹⁶ Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2001-2006. SSA México; 2001. p. 97.

¹⁷ Fernández González C, Núñez Franz L, Díaz Sanzana N3. Determinantes de salud oral en población de 12 años [en internet] 2010. [Acceso: 02 septiembre 2014]. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/piro/v4n3/art07.pdf>

¹⁸ Reunión Conjunta, III Foro Provincial de Investigación para la Salud – Ministerio de Salud, XII Jornadas de Investigación de la F. C. Médicas-UNCuyo, I Jornadas de Investigación del Hospital Universitario-UNCuyo. Determinantes Sociales que Inciden en la Salud Bucal de la Población Económicamente Activa [monografía en internet]. [Acceso: 05 octubre 2014] Disponible en: <http://www.fcm.uncu.edu.ar/jornadas2012/index.php/users/login>

¹⁹ OMS. Organización Nacional de la Salud. World Oral Health Report 2003 [monografía en internet]. [Acceso: 11 octubre 2014]. Disponible en: http://www.who.int/oral_health/publications/report03/en/http://www.who.int.

²⁰ Bernabé, E.; Sánchez P.; Delgado E. Efectividad de una intervención comunitaria en salud oral: resultados después de 18 meses. Rev Med Hered [revista en internet]. 2006. [Acceso: 19 septiembre 2014]; 17 (3). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018-130X2006000300007&script=sci_arttext



- ²¹ Bartolini L. Relación de caries con los hábitos de higiene bucal y nivel socioeconómico en el distrito de Independencia, 1998 (Tesis Bach). Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2003. (Fuente: Determinantes sociales de salud y caries dental *Social determinants of health and dental caries* Artículo Original *Hadad Arrascue, Natalie Luz Gabriela Del Castillo López, César Eduardo*). Disponible en: http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?pid=S1814-487X2011000100003&script=sci_arttext
- ²² Villar E. Los Determinantes Sociales de Salud y la lucha por la equidad en Salud: desafíos para el Estado y la sociedad civil. *Saúde Soc. São Paulo* 2007; 16(3): 7-13.
- ²³ Castillo Castillo Hortencia P .Enfermedades periodontales y factores de riesgo. [monografía en internet]. [Acceso: 05 octubre 2014]. Disponible en: <http://cspyucatan.org/wp-content/uploads/2012/01/03-Enfermedad-Periodontal-y-factores-de-riesgo.pdf>
- ²⁴ Marsh PD. *Microbiología Oral*, 5ª ed. Venezuela: Amolca, 2011.
- ²⁵ Calatrava Oramas, L.A. Nociones periodontales prácticas, para un tratamiento integral [revista en internet] 2013 [Acceso: 06 octubre 2014]; 51 (3) Disponible en: <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2013/3/art23.asp>



²⁶ Echeverría García, J.J.. Enfermedades periodontales y periimplantarias: Factores de riesgo y su diagnóstico. Avances en Periodoncia [revista en la Internet]. 2003 Dic [citado 19 octubre 2014]; 15(3): 149-156. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-65852003000300005&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1699-65852003000300005>.

²⁷ Misrachi L, Clara: Sepúlveda S., Héctor; Lamadrid A., Silvia. Situación Protésica y Conductas Asociadas en Adultos Mayores de Nivel Socioeconómico Medio-Alto y Bajo. Revista Dental de Chile [revista de internet] 2002. [Acceso: 05 octubre 2014]; 93 (1). Disponible en: http://www.revistadentaldechile.cl/temas%20abril%202002/PDFs_abril_2002/Situacion%20Protetica%20y%20Conductas%20Asociadas...%20.pdf

²⁸ Padilla S, Ceron J. Determinantes culturales, económicos, históricos, políticos y sociales de la salud bucal. Medwave [reviusta de internet] 2012. [Acceso: 12 octubre 2014]; 12 (7). Disponible en: <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Revisiones/Analisis/5452>

²⁹ Peñaloza Quintero, Rolando Enrique; Parada Vargas, Ludy Alexandra; Posso, Héctor Jaime. Elaborar el marco de referencia para el modelo de atención en salud bucal. Documento técnico GPES/1585-10 [en internet]. 2010. [Acceso: 02 septiembre 2014] Disponible en: <file:///C:/Users/HOME/Downloads/1585%20-11%20MARCO%20DE%20REFERENCIA%20PARA%20EL%20MODELO%20DE%20ATENCION.pdf>



³¹ Crónica. 10.9 millones de adultos mayores en México: INEGI. [internet] 2013-09-27. Disponible en: <http://www.cronica.com.mx/notas/2013/785717.html>

³² Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. Los adultos mayores en México. Perfil sociodemográfico al inicio del siglo XXI [base de datos en internet]. Aguascalientes, Ags. México INEGI; 2005 [18 septiembre 2014]. Disponible en: http://www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/adultosmayores/Adultos_mayores_web2.pdf