

## Artículo de revisión

### **La dimensión de desarrollo social en salud para la atención odontológica a las personas mayores**

### **The dimension of social development in health for dental care in elderly people**

Yamila Lescay Mevil,<sup>1</sup> Orbel Ricardo Ortiz Pedroso<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Especialista de I Grado en Periodontología.

<sup>2</sup> Lic. en Enfermería. Ms.C en Urgencias Médicas.

Facultad de Estomatología “Raúl González Sánchez”

**Editorial: Calle G y 27, Municipio Plaza de la Revolución, La Habana, Cuba**

**CP: 10400 Correo: [geroinfo@infomed.sld.cu](mailto:geroinfo@infomed.sld.cu)**

Centro de Investigaciones sobre: “Envejecimiento, Longevidad y Salud”

## **RESUMEN**

Se realiza un análisis del papel de la ciencia relacionada al envejecimiento desde la óptica de la estomatología en las personas mayores, donde los autores llegan a varias conclusiones como que queda evidenciado el papel preponderante de la ciencia en el envejecimiento poblacional, la comunidad y los órganos del estado deben volcarse en la implementación y la aplicación de recursos para mejorar la calidad y estilo de vida de los mayores, El Sistema Nacional de Salud de Cuba (SNS) ha desarrollado un conjunto de reformas encaminadas a lograr mayor eficiencia en la prestación de servicios, preservando los logros obtenidos por la Revolución Cubana mediante el Programa Nacional de Estomatología como la efectividad y la accesibilidad a los mismos por parte de toda la población, en mayor medida por el adulto mayor. Motivar a los adultos mayores al cambio de conducta sobre el estado de salud bucal, como una forma de educación general en las cátedras del adulto mayor (CUAM) mediante cursos preparados para este fin. Actualmente en la facultad de estomatología se preparan recursos humanos mediante la Maestría de Odontogeriatría que desarrollo el campo en la investigación del tema del envejecimiento en este campo.

**Palabras clave:** atención odontológica, anciano.

## **ABSTRACT**

An analysis of the paper is made of the science related to the aging from the optics of the stomatology in the grown-ups, where the authors reach several conclusions like that the preponderant paper of the science is evidenced in the population aging, the community and the organs of the state should be overturned in the implementation and the application of resources to improve the quality and lifestyle of the adults, The National System of Health of Cuba (SNS) has developed a group of reformations guided to achieve bigger efficiency in the benefit of services, preserving the achievements obtained by the Cuban Revolution by means of the National Program of Stomatology like the effectiveness and the accessibility to the same ones on the part of the whole population, in more measure for the biggest adult. To motivate the biggest adults to the behavior, change on the state of buccal health, like a form of general education in the adult's mediating (CUAM) bigger prepared courses classes for this end. At the moment in the stomatology ability they get ready human resources by means of the Master of Odontologygeriatric, that I develop the field in the investigation of the topic of the aging in this field.

**Keywords:** dental care, elderly.

## **INTRODUCCIÓN**

Los practicantes de las ciencias técnicas, naturales y médicas, por diversas razones, y aún sin saberlo, están tan necesitados de las ciencias sociales como de aquellas disciplinas científicas y técnicas que pueblan los planes de estudio de pre y posgrado en que se forman. Esta afirmación, sin embargo, dista de ser obvia; tropieza con la percepción cotidiana, casi unánimemente compartida por estudiantes, profesores y especialistas, que acepta una "división del trabajo científico" que aísla no sólo las ciencias naturales y técnicas de las sociales, sino también las diferentes ciencias que constituyen esos campos, por ejemplo la

Química de la Biología, la Ciencia Química de la Ingeniería Química y de otro lado, la Filosofía de la Sociología y ésta de la Psicología y así sucesivamente.

Esas separaciones están bien afirmadas en el orden institucional vigente: Se estudian en carreras y posgrados separados, a veces situados en centros universitarios diferentes.

La figura del especialista y las especializaciones científicas son un producto de la modernidad. La ciencia y la tecnología son, ante todo, procesos sociales. Comprender esto es muy importante para la educación de las personas en la llamada "sociedad del conocimiento", "sociedad tecnológica" o cualquier otra denominación, siempre simplificadora, que se prefiera.

En el corazón de la civilización contemporánea está la moderna tecnología y esa tecnología es ciencia intensiva.<sup>1</sup> El desarrollo tecnológico está alterándolo todo, desde lo económico y lo político hasta lo psicosocial, la vida íntima de las personas, los patrones de consumo, la reproducción humana, la extensión de la vida y sus límites con la muerte. La tecnología lo invade todo en el mundo contemporáneo, es un resultado histórico tras el cual se revelan varios procesos sociales relevantes que explican el estatuto social actual de la ciencia y la tecnología como son la Revolución Científica de los siglos XVI y XVII, las revoluciones industriales y los profundos cambios tecnológicos que las acompañan, el ascenso del capitalismo y su dominio, afirmado luego de la crisis del socialismo europeo. La mundialización del capitalismo es un proceso asociado no sólo a las fuerzas productivas y las relaciones de producción que le proporcionan su fundamento, sino a las pautas de consumo que él promueve y a los modelos de desarrollo que preconiza, a los cuales atribuye una universalidad que sus apologetas consideran imposible de contestar. El surgimiento, afirmación y crisis del sistema mundial del socialismo. Tanto por sus esfuerzos y éxitos en el campo de la ciencia y la tecnología, como por las respuestas que sus avances demandaron del capitalismo en el contexto de la guerra fría, la existencia del socialismo ha sido un hecho social fundamental para explicar el desarrollo científico y tecnológico de este siglo.

La fractura planetaria entre países desarrollados y países subdesarrollados. La riqueza mundial está sumamente concentrada en un grupo de países lo que les proporciona un enorme poder en las relaciones internacionales. Ese poder se apoya en el dominio de la ciencia y tecnología, aún más concentrado que la riqueza. Esa polarización tiene consecuencias enormes para cualquier país que intente desarrollar ciencia y tecnología. <sup>1</sup> Relacionado a la sociedad moderna se ve un creciente aumento del número de personas mayores, planteándonos algunas reflexiones: Está preparada la sociedad mundial para enfrentar el envejecimiento poblacional que se avecina, tendrán garantizados los servicios de salud y la accesibilidad a ellos todos los ancianos de Cuba y del mundo y serán accesibles los servicios odontológicos y su desarrollo tecnológico a todos los ancianos.

Envejecer es parte del ciclo vital, el cual se inicia a partir de la concepción y solo finaliza con la muerte. El envejecimiento de la población se debe fundamentalmente a la disminución de la tasa de fecundidad y el aumento de la expectativa de vida.<sup>2</sup>

Debido a los cambios demográficos actuales, el número de individuos en el mundo que rebasan la barrera de los 60 años, aumentó de 400 millones de personas en la década de los 50, a 700 millones en los 90 del pasado siglo, pronosticándose que alrededor de 1200 millones de ancianos existirán en el año 2025. Otro problema lo constituirá el crecimiento del grupo de los muy viejos, o sea, los mayores de 80 años de edad, que en los próximos 30 años alcanzará el 30 % de los ancianos en los países desarrollados y el 12 % en los llamados subdesarrollados.<sup>3</sup>

América Latina y el Caribe envejecen paulatinamente a un ritmo más rápido que el registrado históricamente en los países desarrollados. El proceso de envejecimiento en la región será en un contexto de pobreza, aguda inequidad social, baja cobertura de la seguridad social y el deterioro de las estructuras familiares de personas mayores, existiendo hoy 44 millones de personas de 60 años y más. El Caribe es hoy la región en desarrollo "más vieja" del mundo, más del 9 % de su población total tiene 60 años o más. Cuba, Argentina, Uruguay y Chile ocupan los primeros lugares en el continente americano.<sup>4</sup>

En Cuba, para identificar a la población senil se utiliza el criterio de la edad, según el cual son ancianas todas las personas a partir de los 60 años. El país cuenta con una expectativa de vida desde el año 2016 de 78,4 años de edad y el 19,8 % de la población pertenece al adulto mayor. Para el 2025 Cuba será el país más envejecido de América Latina, para el 2050 se convertirá en uno de los países más envejecidos del Orbe, pues los éxitos alcanzados en el campo de la salud pública sitúan la esperanza de vida al nacer por encima de los 75 años de edad. El proceso de envejecimiento en Cuba es semejante a la de otros países, pero también presenta importantes rasgos distintivos, pero no ocurren en condiciones internacionales idílicas, avanza acompañada de un desarrollo económico y tecnológico, de ahí la importancia de atender sus necesidades. El grupo de 60 y más años continuará creciendo cada día con mayor rapidez.<sup>5</sup>

El estudio de la calidad de vida en la tercera edad, obliga a incluir aspectos relacionados con esta etapa del ciclo vital, en la cual el sujeto no solo se enfrenta al envejecimiento cronológico sino también al envejecimiento funcional, debe estudiarse la determinación de factores de riesgo, la predicción de discapacidades, la seguridad económico y material, la protección social y familia, la participación y el reconocimiento social y el bienestar en las distintas esferas de la vida.<sup>6</sup>

En nuestro país existe una marcada preocupación multidisciplinaria y multisectorial hacia la atención al adulto mayor, insertada en el plan de acciones concebido por el estado para esos fines.

En la APS (Atención Primaria de Salud) predomina el principio de la integralidad de las acciones y la promoción de salud y la prevención de enfermedades. Se abrió espacio a la Gerontología y Geriatría, se crearon los servicios especializados correspondientes.<sup>7</sup>

El Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral tiene como finalidad los principios y acciones del Programa Nacional de Salud dirigidas a mantener al hombre sano, definidas en las Proyecciones de la Salud Pública cubana para años

próximos. Tenemos programas como el dirigido para los diferentes grupos priorizados que incluye al adulto mayor.

Este programa garantiza la sistematicidad, uniformidad e integralidad en la ejecución de las acciones de salud bucal y tiene como propósito incrementar y perfeccionar la atención estomatológica, interrelacionando todos los elementos del sistema y la comunidad, con el fin de alcanzar un mejor estado de salud bucal, calidad y satisfacción de la población, en correspondencia con las necesidades de salud de la población.<sup>7</sup>

La población mayor debe tener una buena salud bucal, por lo que debemos incrementar el trabajo comunitario y no solo en las edades tempranas, elevando el nivel de conocimiento de los adultos mayores mediante actividades de promoción y prevención de salud, dirigidas a cambios en estilos de vida, fundamentalmente a la modificación de factores que constituyen riesgo para el desarrollo de enfermedades, tarea fundamental del equipo de salud.

## **OBJETIVO**

Fundamentar el papel que tiene la ciencia en el enfrentamiento al envejecimiento poblacional desde la óptica de la estomatología en el adulto mayor.

## **DESARROLLO**

La tecnociencia es un asunto de la mayor importancia para la vida pública y, sin embargo, por su carácter especializado y el lenguaje esotérico al que recurre, su manejo suele estar en manos de grupos relativamente reducidos de expertos. Los expertos, además, suelen serlo en campos muy específicos y pocas veces tienen una visión global de una disciplina científica y menos aún de la ciencia en su conjunto.

Los sistemas educativos, desde los niveles primarios hasta los posgrados, se dedican a enseñar la ciencia, sus contenidos, métodos, lenguajes y también sobre sus características culturales, sus rasgos epidemiológicos, los conceptos éticos que la envuelven y su metabolismo con la sociedad.

Investigar sobre la ciencia es un objetivo que comparten disciplinas muy diversas como la Historia de la Ciencia, la Sociología de la Ciencia, la Filosofía de la ciencia, todas de larga tradición. En las últimas décadas se ha producido un incremento del interés por la tecnología y han proliferado también las reflexiones históricas, sociológicas y filosóficas sobre ella, las que toman en cuenta sus fuertes interacciones con la ciencia y con la sociedad.<sup>1</sup>

El envejecimiento es un fenómeno que comienza en la concepción y culmina con la muerte. Se caracteriza por ser un proceso que acontece en todo ser vivo con el paso del tiempo y se trata de un fenómeno común a todos los organismos multicelulares, descrito como un declive endógeno y progresivo en la eficacia de los procesos fisiológicos. Durante el envejecimiento se produce una serie de cambios morfológicos, fisiológicos psicológicos y actitudes. Este declive se ha atribuido a un programa genético presente en todos los individuos de la misma especie, o a la acumulación de errores en las células somáticas, lo que daría lugar a la progresiva pérdida de las funciones celulares y su muerte (apoptosis).<sup>8</sup>

La vejez se acompaña de tasas elevadas de enfermedades crónicas. Por tanto, no resulta inesperado que el porcentaje de personas afectadas por múltiples enfermedades (morbilidad múltiple) también aumente con la edad. En los ancianos frágiles, la morbilidad múltiple alcanza tasas más altas de las esperadas con base en la probabilidad combinada de los trastornos presentes. Es probable que la fragilidad y la morbilidad múltiple influyan una en la otra, por lo que las enfermedades contribuyen a la fragilidad y ésta aumenta la susceptibilidad a las mismas. Desde el punto de vista clínico, los pacientes con trastornos múltiples presentan dificultades diagnósticas y terapéuticas únicas. Es probable que los criterios diagnósticos estándar no resulten útiles porque existen signos y síntomas adicionales que generan confusión. Un ejemplo típico es la coexistencia de deficiencia de hierro y vitamina B12, lo que genera anemia de aspecto normocítica. La proporción entre riesgo y beneficio para muchas opciones terapéuticas médicas y quirúrgicas se reduce en presencia de otras enfermedades. La planificación del

tratamiento farmacológico se vuelve más compleja porque los trastornos concurrentes podrían afectar la absorción, el volumen de distribución, la unión con proteínas y en especial, la eliminación de muchos fármacos, lo que produce fluctuación de las concentraciones farmacológicas y aumenta el riesgo de administración excesiva o insuficiente.<sup>9</sup>

Si bien el envejecimiento no constituye, en modo alguno un problema de salud sino un logro alcanzado por la humanidad, en el cual mucho ha tenido que ver el desarrollo científico-técnico logrado, no es menos cierto que con este comienzan a proliferar, de manera creciente un grupo de enfermedades crónicas y degenerativas, entre la que se encuentran la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, del sistema osteomioarticular, respiratorio, demencia senil y otras.<sup>9</sup>

En la boca durante el envejecimiento disminuyen el gusto, existe menor potencia masticatoria, la formación del bolo y la deglución, pérdida de estructuras dentarias, se aprecia cierto desgaste de los dientes, reducción de la altura ósea, migración apical del margen gingival entre otros.<sup>10,11</sup>

Entre las enfermedades buco dentales más comunes en la tercera edad, se encuentran las caries radicales, el cáncer bucal, las enfermedades periodontales, consideradas como las más importantes asociadas a la pérdida de dientes, existen otras, pero menos frecuentes como la estomatitis sub prótesis, la queilitis angular, glosopatías atróficas y xerostomías.<sup>10,11,12</sup>

Tenemos que decir también que las enfermedades periodontales son las más comunes del género humano, están presentes en más del 70 % de la población adulta, destruyendo gran parte de los dientes naturales, privándolos llegar a la vejez con todos los dientes naturales.<sup>13</sup>

Se han identificado numerosos factores de riesgo de las enfermedades periodontales, las investigaciones actuales han establecido un modelo multifactorial que conjuga los factores microbiológicos, los derivados de la respuesta del hospedero y aquellos que aporta el medio ambiente.<sup>13</sup>

Existen otros factores como el socioeconómico: nivel de instrucción, dietas, estilo de vida y muchos otros, interactuando entre sí, se asocian con el origen y evolución de las enfermedades gingivales y periodontales. Dentro de ellos está, la diabetes mellitus que es una enfermedad sistémica que afecta a los tejidos periodontales y el hábito de fumar está asociado con una variedad de cambios perjudiciales en la boca, reduce la secreción de saliva y facilita el deterioro de la higiene bucal.<sup>14</sup>

Actualmente la atención estomatológica de los ancianos se realiza mediante el estomatólogo responsabilizado directamente con la institución, en el caso del adulto mayor institucionalizado, debe realizar un chequeo anualmente y luego control semestral. Los pacientes que necesitan atención curativa deben ser citados para realizar su tratamiento por especialidades. La atención preventiva y el trabajo sobre los factores de riesgo se debe realizar en las Consejerías de salud y continuar en los centros e instituciones donde se encuentran o reúnen los adultos mayores.<sup>7</sup>

Con este fin se crearon nuevos sitios destinados para la atención integral a este grupo priorizado en salud. Instituciones como el Hospital Universitario Docente “Calixto García Iñiguez” tienen dos nuevas salas de Geriatria debido a la cifra elevada de población que se atiende en el centro donde una sala no sería suficiente para cumplir la demanda existente de atención a los ancianos. Se cuenta con la existencia de centros de reconocida labor en el campo de la geriatria como es el caso del Centro de Investigaciones sobre: Longevidad, Envejecimiento y Salud”. (CITED), institución que se encuentra también en el Hospital “Calixto García Iñiguez”, donde un equipo multidisciplinario atiende a los ancianos con una esmerada labor y garantizan la continuidad de la formación de profesionales en esta área.

Existen además otros sitios distribuidos por la Ciudad de la Habana que, aunque insuficientes debido a que no satisfacen la demanda, están destinados a la atención de adultos mayores, por ejemplo:

Municipio Boyeros:

Casas de abuelos	Número de adultos mayores
------------------	---------------------------

Los caguairanes	40
Corazones alegres	40
Viva de esperanza	20
Abel Santamaría	34

Hogares de ancianos	Número de adultos mayores
Boyeros	143
La colonia	67

Municipio Habana del este:

Casa de abuelos	Número de adultos mayores
Plaza Cojimar	20
Hogar de ancianos	Número de adultos mayores
Celimar	68

Fuente: oficina estadística municipal: Municipios de salud Boyeros y Habana del Este.

El programa Nacional de Atención Estomatológica a la tercera edad teniendo en cuenta que los ancianos arriban a la vejez sometidos a una gran cantidad de factores de riesgo y enfermedades bucodentales prevenibles y una deficiente información higiénico sanitaria bucal. Proporciona la atención estomatológica en su propia área de salud y de forma priorizada. Su aplicación ha permitido elevar la calidad de vida del anciano a partir de una mejore salud bucal, más funcional en la medida de sus expectativas.<sup>7</sup>

El estomatólogo general Integral y su equipo de salud tiene la responsabilidad de aplicar la Educación para la Salud como herramienta fundamental en la promoción de salud para promover organizar y orientar procesos educativos que tiendan a

influir en los conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con la salud del individuo y la comunidad, de esta manera contribuir a la formación de estilos de vida y proyectos de vida saludables que conduzcan a una vejez así mismo también con salud.

Se considera que es difícil modificar a estas edades la forma de cepillado, por el tiempo que lleva realizado el hábito, además se debe tener en cuenta la inmovilidad esquelética y la disminución de las habilidades por la edad, se cree conveniente reforzar la higiene e incluirle otros elementos que eliminen la placa, como son los colutorios, hilo dental, cepillos interproximales, así como insistirle en la correcta higiene de las prótesis y de los dientes pilares, que por lo general, estos pacientes son portadores de prótesis.<sup>7</sup>

Cuando la higiene oral no puede seguir siendo efectuada por el paciente de manera eficiente y autónoma, es indispensable la intervención de un tercero que colabore con el aseo personal del adulto mayor. Asimismo, es recomendable el uso de agentes químicos controladores de la placa dentobacteriana como la clorhexidina, triclosán y citrato de zinc, para reducir el número de microorganismos y mejorar la higiene oral. Ligado a esto, se deben ordenar los hábitos alimenticios (frecuencia, porciones) de los pacientes.<sup>14</sup>

Por otro lado, el Odontólogo y el Equipo multidisciplinario que atiende al adulto mayor nunca debe ver la salud bucal como un ente separado o diferente de la salud general del paciente, por ejemplo: la enfermedad periodontal está asociada a diferentes manifestaciones de enfermedades sistémicas y es considerada un factor de riesgo para la iniciación o la progresión de otras enfermedades. Estudios indican que la enfermedad periodontal grave está asociada con un 25 % a 90 % de aumento en riesgo de enfermedades cardiovasculares.<sup>15</sup>

También se debe revisar los programas educativos sobre salud general impartidos por el personal que labora directamente con el adulto mayor todo lo cual debe hacerse de manera sistemática e incluir temas de salud bucal.

Se piensa que una vez identificados los problemas de salud bucal y las necesidades de aprendizaje que presentan los ancianos en la comunidad se debe elaborar programas educativos para la capacitación y adquisición de habilidades a los adultos mayores con el fin de incrementar y perfeccionar sus conocimientos, así como la adquisición de las habilidades requeridas para lograr mantener su salud bucal y la presencia de dientes naturales durante toda su vida.

En dicho programa se puede incluir y sensibilizar a la comunidad, las organizaciones de masa de la misma, así como las instituciones de educación como las cátedras universitarias del adulto mayor (CUAM) existentes en todos los municipios del país como una modalidad de enseñanza aprendizaje que puede satisfacer las necesidades de conocimiento de salud bucal detectadas, para de esta forma lograr mejores estilos de vida enfocados hacia la salud bucal y general.<sup>15</sup>

Las estrategias de accesibilidad creadas por nuestro sistema social son diferentes al de otros países y es que nuestro país tiene como premisa la atención del adulto mayor como programa priorizado de salud. A este se le adjuntan todos los otros programas.<sup>16</sup>

El sistema sanitario ha sido reconocido por las principales organizaciones internacionales como un determinante social de la salud en sí mismo. Aunque potencialmente es un instrumento para ayudar a alcanzar la equidad en salud entre la población, las normas y los valores sociales y políticos que sustentan el sistema social constituyen también la base de su sistema organizativo.<sup>17</sup>

De acuerdo con la revisión realizada, el acceso a los servicios de la salud oral es un importante criterio de equidad en salud. En Latinoamérica las razones políticas, sociales, económicas y sanitarias del acceso a los servicios de salud bucal indicaron que este es un tema actual y relevante para la salud pública bucal. Las barreras económicas de acceso a los servicios de salud se han constituido en el principal obstáculo para la utilización de los servicios de salud bucal de la población. La evidencia señala que el aseguramiento no garantiza el acceso efectivo a los servicios. La información se obtuvo en varias bases de datos tales como: *Medline*,

*Proquest, ScienceDirect, Ovid, Lilacs y Cochrane*, así como también en páginas web de revistas y organizaciones nacionales.

El contexto socioeconómico y la posición social ejercen una poderosa influencia en la salud de las sociedades. La ocupación, los ingresos y la riqueza pueden determinar la posición social en la sociedad. La educación, la vivienda, el área de residencia y la privación han sido usadas como importantes indicadores. Ejemplo de ello es la alta mortalidad y los padecimientos previos a la muerte que anteceden el acceso a un servicio de salud en África, Asia y Latinoamérica. El impacto económico y social en los supervivientes es considerable. Muchas de las personas afectadas son víctimas de discriminación social, lo cual guía el espiral descendente que favorece a los perjuicios a la salud general y a la salud oral. En resumidas cuentas, mientras los factores genéticos y biológicos desempeñan un papel relativo en la vulnerabilidad diferencial de varios grupos poblacionales, la influencia de la cultura y el estado socioeconómico y ambiental puede ser más significativa.<sup>18</sup>

Con respecto a la exposición diferencial, la relación entre posición social, genética, biología y ambiente sociocultural es compleja. Las personas en diferentes países y diferentes estratos sociales dentro de los países pueden tener grados variables de exposición a factores de riesgo. Las condiciones de vivienda, de trabajo y los estilos de vida tienen un profundo impacto en la salud y el bienestar. En muchos países desarrollados, el acceso a agua potable y a servicios públicos y sanitarios puede estar limitado. Por ejemplo, las experiencias odontológicas negativas pueden generar miedo y ansiedad, lo cual puede influir en las actitudes de la salud oral y los comportamientos de las visitas al odontólogo, que crean un círculo vicioso que agrava los problemas de salud. Los costos de los servicios de salud como los individuales son considerables, particularmente porque los servicios de salud oral están limitados o no existen dentro de los servicios ofrecidos por los sistemas de salud.<sup>19</sup>

Las prácticas de autocuidado y las visitas odontológicas varían de acuerdo con la edad, el género, el estado socioeconómico, la etnicidad, las redes sociales y la

urbanización. Las mujeres tienden a tener mejor cuidado de su salud oral y a frecuentar más al odontólogo que los hombres, lo cual no significa que la salud oral de las mujeres sea mejor, sino que los hombres son afectados por enfermedades más agresivas como el cáncer oral, en comparación con el género femenino, lo cual es atribuible a la alta exposición a factores de riesgo tales como: tabaquismo, alcoholismo y una dieta deficiente. Cabe destacar que la incidencia de cáncer oral es variable entre países y refleja perfiles de riesgo y de accesibilidad a los servicios de salud.<sup>20</sup>

No obstante, esta vulnerabilidad aumenta en personas medicamente comprometidas con discapacidad física y las que se encuentran confinadas en casa. Cabe destacar que la prevención de las enfermedades orales puede dificultarse por la disponibilidad y el acceso de opciones saludables y servicios de salud bucal, especialmente en comunidades en desventaja de zonas rurales y de bajos recursos, con dificultades de movilidad y falta de transporte.<sup>21</sup>

La pobre salud oral puede tener consecuencias diferenciales, es decir, personales, sociales y económicas, las cuales difieren entre países y regiones. Esto se orienta a grupos de alto riesgo, entre los cuales se promueve la adherencia a servicios en la escuela y en la comunidad. De ese modo, se dirige a factores de riesgo comunes y al medio ambiente, dado que a la salud oral contribuyen el mejoramiento de los escenarios laborales y de vivienda, el suministro de agua potable, el estado nutricional, las barreras de acceso a los servicios de salud oral y la reorientación de servicios a la respuesta a las necesidades de los vulnerables. Como fuentes de resistencia están los grupos de interés político, el sector privado, y los cuerpos profesionales no pueden ser subestimados.<sup>21</sup>

Las consultas odontológicas, al contrario de las consultas médicas, tienden a disminuir en la medida en que los habitantes son más viejos. Por tanto, la utilización de los servicios odontológicos aumenta durante la adultez mayor.<sup>22</sup> Este fenómeno se atribuye a dos factores: la alta prevalencia de pérdida de dientes naturales entre adultos mayores y las dificultades de acceso a servicios odontológicos.<sup>22</sup>

En una revisión sistemática de Moreira y colaboradores en Brasil se identificaron como principales barreras que afectan a la utilización de servicios odontológicos, la baja escolaridad, los pocos ingresos económicos y la escasa oferta de servicios públicos de atención en salud bucal para población en desventaja.<sup>22</sup>

Especialmente en Europa, la equidad en el uso de los servicios de salud es una de las mayores justificaciones para que los gobiernos controlen su provisión. Estudios sobre inequidades en España sugieren que en las últimas décadas ha mejorado el acceso a los servicios de salud por parte de la población en desventaja. En países con menor desarrollo en Europa occidental como Portugal y Grecia las prevalencias son similares: entre 23,3 y 28,8 %. El incremento del uso del seguro privado en la salud oral es considerable, producto de la descentralización del sistema de salud en algunos países de Europa como España.<sup>23</sup>

La absoluta prioridad que concede la dirección de la Revolución a la salud obliga a asignar importantes cantidades de recursos materiales, humanos y financieros y exige que se utilicen de forma racional y eficiente, teniendo en cuenta lo establecido en los Lineamientos Económicos del VI Congreso del Partido Comunista de Cuba, en particular en los lineamientos 143, 154 y 156 de la Política Social.<sup>24</sup>

La reducción de los costos y el incremento de la eficiencia es una labor esencial del Ministerio de Salud Pública, teniendo en cuenta que es ineludible el crecimiento del gasto para asimilar las nuevas tecnologías e insumos médicos que surgen casi a diario y enfrentar los requerimientos del aumento de la esperanza de vida de la población.

Aun cuando existen y se conocen las técnicas económicas para evaluar el costo y la efectividad, utilidad o beneficio de cualquier acción de salud, para lograr los mejores servicios con el mínimo de gastos, no son frecuentes en Cuba las investigaciones de costos en el campo de la medicina preventiva.

Según plantea Valdés, "la Economía de la Salud en Cuba es una disciplina relativamente nueva en nuestro país por lo que se puede afirmar que su desarrollo ha sido gradual y ascendente desde el comienzo de la década del 80" y la define

señalando que "La Economía de la Salud no es más que la extensión de las herramientas e instrumentos de la economía al campo de la Salud Pública, con el objetivo de lograr eficiencia, eficacia y calidad de los servicios que se prestan".<sup>25</sup>

Nuestro país, que en la etapa pre-revolucionaria basaba su sistema de salud en, Casas de Socorro para atención de urgencias y medicina privada para quienes pudiesen pagarla- cuenta hoy con 381 áreas de salud, 151 Hospitales y 431 Clínicas Comunitarias, lo que alcanza una cobertura gratuita del 100 % de la población, contando con un médico cada 127 habitantes y un estomatólogo (odontólogo integral) cada 640 habitantes.<sup>26</sup>

Los resultados de los costos están identificados por tipos de hospitales, servicios y centros de costos, existen unidades asistenciales con costos implementados en todos los territorios del país, las provincias agregan los costos que informan sus unidades y ello permite consultar los informes anuales y los registros de series históricas.

Es así como surge el subsistema de urgencia de la atención primaria de salud (SUAPS), el cual fue organizado a partir de los recursos de cada municipio, partiendo de los consultorios del médico y la enfermera de la familia, consultorios de urgencia, policlínicos con servicios de guardia por 24 h y policlínicos principales de urgencia (PPU) que incluye la consulta de urgencias estomatológicas que también funciona en cada municipio durante 24 h. Todo ello distribuido en el territorio, reforzando esos centros con los recursos materiales indispensables para estas funciones, capacitando a los médicos que atenderían estas urgencias y mejorando la interrelación entre los diferentes componentes de la APS y los hospitales, a través de interconsultas y remisiones.<sup>27</sup>

Lograr un aumento de la eficiencia en el uso de los recursos disponibles fue otro de los objetivos del subsistema.

Todas esas prestaciones en Cuba son gratuitas, existe accesibilidad a los servicios odontológicos para todos por igual y esto incluye a los adultos mayores con una atención estomatológica tanto preventiva como la curativa y de rehabilitación

protésica donde se paga el servicio de forma simbólica pues esta subsidiado y obviamente son solventadas por medio del presupuesto anual que el país destina al área de la salud, uno de los más abultados; porque a pesar del bloqueo y su vigencia, el valor de la vida no es una simple operación aritmética.

## **CONCLUSIONES**

Queda evidenciado el papel preponderante de la ciencia en el envejecimiento poblacional. La comunidad y los órganos del estado deben volcarse en la implementación y la aplicación de recursos para mejorar la calidad y estilo de vida de los ancianos. El Sistema Nacional de Salud de Cuba (SNS) ha desarrollado un conjunto de reformas encaminadas a lograr mayor eficiencia en la prestación de servicios, preservando los logros obtenidos por la Revolución Cubana mediante el Programa Nacional de Estomatología como la efectividad y la accesibilidad a los mismos por parte de toda la población, en mayor medida por el adulto mayor.

Motivar a los adultos mayores al cambio de conducta sobre el estado de salud bucal, como una forma de educación general en las cátedras del adulto mayor (CUAM) mediante cursos preparados para este fin.

Actualmente en la facultad de estomatología se preparan recursos humanos mediante la Maestría de Odontogeriatría que desarrolla el campo en la investigación del tema del envejecimiento en este campo.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Núñez Jover J. La ciencia y la tecnología como procesos sociales. Lo que la educación científica no debería olvidar. [Internet]. Ciudad de la Habana: Editorial Félix Varela; 1999 [Citado 2 dic 2017]. Disponible en: <http://www.oei.es/historico/salactsi/nunez02.htm>
2. Creagh Peña M, García Ones D, Valdés Cruz R. Envejecimiento poblacional como reto de la ciencia, la técnica y la sociedad. Rev haban cienc méd [Internet]. 2015 nov-dic [citado 2 dic 2017]; 14(6). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2015000600017](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2015000600017)

3. Suzman R, Haaga J G. Demografía mundial del envejecimiento. En: Harrison. Principios de Medicina Interna. [internet]. 18ª ed. Editorial Mc.Graw.-Hill; 2012 [citado 2 dic 2017]. Disponible en: <https://harrisonmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=865&sectionid=68930283>
4. WHO: WorldHealthOrganization. Informe sobre la salud en el mundo. [Internet]. Ginebra: WHO; 2013 [citado 2 dic 2017]. Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s22233es/s22233es.pdf>
5. MINSAP. Anuario Estadístico de Salud 2016. [Internet]. La Habana: Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud; 2017 [citado 2 dic 2017]. Disponible en: [http://files.sld.cu/dne/files/2017/05/Anuario\\_Estad%C3%ADstico\\_de\\_Salud\\_e\\_2016\\_edici%C3%B3n\\_2017.pdf](http://files.sld.cu/dne/files/2017/05/Anuario_Estad%C3%ADstico_de_Salud_e_2016_edici%C3%B3n_2017.pdf)
6. Periago M R. Calidad de vida y longevidad: un reto para la salud pública en la Américas. Rev. Panam Salud Pública. [ internet]. 2005 [ citado 2 dic 2017]; 17(5):295-97. Disponible en: [https://scielosp.org/pdf/rpsp/v17n5-6/en\\_26266.pdf](https://scielosp.org/pdf/rpsp/v17n5-6/en_26266.pdf)
7. Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la población MINSAP. Dirección Nacional de Estomatología. Ciudad Habana; 2009
8. Ferrucci L, Studensk S. Problemas clínicos del envejecimiento. En: Harrison Principios de Medicina Interna. [internet]. 18a ed. Editorial Mc. Graw-Hill; 2013 [citado 2 dic 2017]. Disponible en: <https://harrisonmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=865&sectionid=68930388>
9. Secretaría de Salud. Manual de procedimientos estandarizados para la vigilancia epidemiológica de las patologías bucales. [internet]. México: Secretaría de Salud; 2013 [citado 2 dic. 2017]. Disponible en: [http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/saludbucal/descargas/pdf/20\\_2012\\_Manual\\_PatBucal\\_vFinal.pdf](http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/saludbucal/descargas/pdf/20_2012_Manual_PatBucal_vFinal.pdf)
10. Rojas Herrera I. Prevalencia de caries dental y factores de riesgo asociados. Rev Cubana Med Mil [Internet]. 2013 [Citado 2 dic 2017]; 41(4). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-65572012000400008](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572012000400008)
11. Laplace Pérez B N, Legrá Matos S M, Fernández Laplace J, Quiñones Márquez D, Piña Suárez L, Castellanos Almestoy L. Enfermedades bucales en el adulto mayor. CCM [internet]. 2013 [citado 24 dic. 2017]; 17(4): 477-88. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1560-43812013000400008&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812013000400008&lng=es)

12. Furuta M, Shimazaki Y, Takeshita T, Shibata Y, Akifusa S, Eshima N, et al. Gender differences in the association between metabolic syndrome and periodontal disease: the Hisayama Study. *J Clin Periodontol*. [internet]. 2013 [citado 1 dic. 2017]; 40(8):743-52. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3807558>
13. Lee KS, Kim EK, Kim JW, Choi YH, Mechant AT, Song KB, et al. The relationship between metabolic conditions and prevalence of periodontal disease in rural Korean elderly. *Arch Gerontol Geriatr*. 2014 [citado 22 dic. 2017]; 58(1):125-9. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0167494313001453?via=ihub>
14. Cuéllar E, Tomás Carmona I, Jiménez Soriano Y. Relationship between the oral cavity and cardiovascular diseases and metabolic syndrome. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. [internet]. 2013 [citado 22 dic 2017] 19(3): 289-94. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24121926>
15. Manrique A. Efectividad de un programa educativo en el incremento de conocimientos sobre estilos de vida saludables en los adultos mayores. (Tesis de Maestría), Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima; 2013
16. Mesa Carpio N. El desarrollo y las concepciones actuales de la ciencia: un reto a la didáctica. Villa Clara. [internet]. 2016 [Citado 6, diciembre, 2017]. Disponible en: <http://revistavarela.uclv.edu.cu/articulos/ru0701.pdf>
17. Loria-Castellanos J. Utilidad de una plataforma educativa en línea para la especialidad de urgencias médico-quirúrgicas en México. *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. 2014 [citado 2 dic 2017]; 35(5-6):[aprox. 9 p.]. Disponible en: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892014000500010&lng=en](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892014000500010&lng=en)
18. Alfonso J, Laucirica Hernández C, Mondejar Rodríguez J. El método clínico frente a las nuevas tecnologías. *Rev Med Electrón Matanzas* [Internet]. 2014 jul.-ago. [citado 2 dic 2017]; 36(4). Disponible en: [http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242014000400012&lng=es&nrm=iso](http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000400012&lng=es&nrm=iso)
19. Aguirre del Busto R. Los retos de la tecnociencia y algunas contradicciones del saber médico contemporáneo. *Rev Hum Med Ciudad de Camagüey*. [Internet] 2003 ene.-abr. [citado 6 dic 2017]; 3(1). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S172781202003000100002&script=sciarttext>
20. Escalante Padrón O, Álvarez Escalante G, Manchola Padrón E, Álvarez Hidalgo R. Impacto social de una Tecnociencia: Heberprot-P. *Rev Hum Med Ciudad de Camagüey* [Internet]. 2014 ene.-abr. [citado 6 dic 2017]; 14(1). Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S172781202014000100012&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S172781202014000100012&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

21. Lima-Costa MF, Barreto S, Giatti L, Uchoa E. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios. Cad Saúde Pública. [internet]. 2003 [citado 2 dic 2017]; 19 (3): 745-57. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2003000300007&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2003000300007&script=sci_abstract&tlng=pt)
22. Moreira R S, Nico L S, Tomita N E, Ruiz T. A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. Cad Saúde Pública. [internet]. 2005 [citado 2 dic 2017]; 21 (6): 1665-75. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2003000300007&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2003000300007&script=sci_abstract&tlng=pt)
23. Health and the Roma community, analysis of the situation in Europe. Bulgaria, Czech Republic, Greece, Portugal, Romania, Slovakia, Spain. Agency for Health and Consumers [internet]. Madrid: Fundación Secretariado Gitano; 2009 [citado 2 dic 2017]. Disponible en: [http://ec.europa.eu/justice/discrimination/files/roma\\_health\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/justice/discrimination/files/roma_health_en.pdf)
24. Partido Comunista de Cuba. Lineamientos de la Política Económica y Social del Partido y la Revolución. La Habana: PCC [Internet]. 2011 [citado 25 de septiembre de 2017]. Disponible en: <http://www.granma.cubaweb.cu/secciones/6to-congreso-pcc/FolletoLineamientosVICong.pdf>
25. Valdés J C. Antecedentes históricos de la economía de la salud y su evolución en Cuba. Medisan [Internet]. 2013 [citado 2 dic 2017]; 14(4). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext)
26. Informe de Cuba. Sobre Resolución 70/5 “Necesidad de poner fin al bloqueo económico, comercial y financiero impuesto por los Estados Unidos de América contra Cuba”. [internet]. 2016 junio [citado 2 dic 2017]. Disponible en: <http://www.cubavsbloqueo.cu/sites/default/files/InformeBloqueo2016ES.pdf>
27. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Metodología para los SWAPS. 1995:168-7