



**UNIVERSIDAD DE TALCA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA**

**DETERMINANTES SOCIALES, CULTURA Y ESTUDIOS SOBRE MINORÍAS  
SOCIALES EN SALUD ORAL: REVISIÓN NARRATIVA**

*Social Determinants, culture and studies on social minorities in oral health: a narrative  
review*

Memoria presentada a la Escuela de Odontología de la Universidad de Talca  
como parte de los requisitos científicos exigidos para la obtención del título  
de Cirujano Dentista.

**ESTUDIANTES: Katherine Mychell Sarabia Erazo**

**Marisa Francisca Sandoval Calvetti**

**PROFESOR GUÍA: Giselle Davis-Toledo PhD.**

**PROFESOR INFORMANTE: DR. Samuel Verdugo Avila**

**TALCA - CHILE**

**2020**

## CONSTANCIA

La Dirección del Sistema de Bibliotecas a través de su unidad de procesos técnicos certifica que el autor del siguiente trabajo de titulación ha firmado su autorización para la reproducción en forma total o parcial e ilimitada del mismo.



Talca, 2021

## INFORMACIONES CIENTÍFICAS DE LA PROFESORA GUÍA

<b>Nombre</b>
Giselle Davis-Toledo
<b>ORCID</b>
<a href="https://orcid.org/0000-0002-2899-3652">https://orcid.org/0000-0002-2899-3652</a>
<b>Google Scholar</b>
<a href="https://scholar.google.com/citations?hl=es&amp;authuser=1&amp;user=wKVgLdoAAAAJ">https://scholar.google.com/citations?hl=es&amp;authuser=1&amp;user=wKVgLdoAAAAJ</a>
<b>Correo electrónico</b>
gdavis@utalca.cl

## **DEDICATORIA**

A mi madre, por ser mi compañera incondicional en la vida, mi lugar seguro y hogar en este mundo, porque detrás de cada logro o ante todo obstáculo has estado tú. Porque lo que le da sentido a mis alegrías o éxitos es compartirlos contigo. Me enseñaste a ser libre, sin embargo, siempre elegiré el camino que esté junto al tuyo.

Marisa Francisca Sandoval Calvetti

A mis padres, por su apoyo incondicional durante toda mi vida y por haberme forjado como la persona que soy, por estar a mi lado en cada paso, fracasos y éxitos y todo ello de una manera desinteresada y llena de amor. A mis hermanos, por su paciencia y cariño infinito. Sin ustedes no lo hubiese logrado.

Kattherine Mychell Sarabia Erazo

## ÍNDICE

RESUMEN	5
Palabras clave	5
ABSTRACT	5
Keywords	6
INTRODUCCIÓN	7
MÉTODOS	9
Diseño general	9
Estrategia de búsqueda	9
Criterios de inclusión y exclusión	10
RESULTADOS	11
Selección de estudios	11
Extracción de datos	12
Descripción de los estudios: diseño, metodología, emplazamiento y objetivos	12
Descripción de la muestra de los estudios: tamaño, edad, sexo y origen	15
Recomendaciones de los estudios de acuerdo a sus resultados	17
Determinantes sociales de la salud en relación con salud oral de las minorías sociales	18
DISCUSIÓN	20
REFERENCIAS	23
ANEXOS	29
Anexo 1. Identificación de los artículos por términos de búsqueda: Inmigración, religión, grupos étnicos y refugiados.	29
Anexo 2. Detalle del proceso de extracción de datos y obtención de resultados.	32
Anexo 3. Descripción de la muestra de los estudios: tamaño, edad y sexo.	35
Anexo 4. Muestra clasificada por nacionalidad (continente/s o etnia/s) por término de búsqueda.	36

## **1. RESUMEN**

El interés común en las sociedades es lograr una salud óptima y equitativa, propósito que implica necesariamente abordar la base de la inequidad social, es decir, los determinantes sociales de la salud. Si bien estos cobran cada vez mayor importancia, se observa que las dimensiones culturales de la salud, que determinan la posición de mayor vulnerabilidad de las minorías sociales -inmigrantes, grupos étnicos y refugiados-, han sido menos trabajadas, particularmente en el ámbito de la salud oral. Nuestro objetivo principal es describir cómo se presentan los determinantes sociales asociados a la cultura en los artículos que estudian la salud oral en minorías sociales. Realizamos una revisión narrativa de la literatura de 42 estudios, mayoritariamente cuantitativos -observacionales- y dirigidos en América del norte, con objetivos enfocados en servicios dentales y calidad de la salud oral, y recomendaciones dirigidas principalmente a políticas de salud oral. La cultura es tratada en los estudios como barrera de acceso y se le asigna, al igual que al estatus social-migratorio, un rol secundario, predominando el interés por los determinantes sociales económicos y de integración social. Es un desafío para la odontología - principalmente para el área ligada a la salud pública- superar la noción de la cultura como barrera de acceso a la salud odontológica y conocer su potencial como factor protector. Lo anterior requiere una mirada integradora que permita conocer la complejidad de la relación entre cultura y la salud dental que aportaría a la prevención de la salud dental en contextos de vulnerabilidad.

### **1.1.Palabras clave**

Cultura, determinantes sociales, salud bucal, grupos étnicos, inmigrantes.

## **2. ABSTRACT**

The common interest in societies is to achieve optimal and equitable health, a purpose that necessarily implies addressing the basis of social inequity, that is, the social determinants of health. Although these are becoming increasingly important, it is observed that the cultural dimensions of health, which determine the position of greater vulnerability of social minorities -immigrants, ethnic groups and refugees-, have been less studied, particularly in the field of oral health. Our main objective is to describe how social determinants associated with culture, are presented in articles that study oral health in social minorities. We did a narrative review of the literature of 42 studies, mostly quantitative -observational- and directed in North America, with objectives focused on dental services and quality of oral health, and recommendations mainly directed at oral health policies. Culture is treated in the studies as a barrier to access and is assigned, as well as social-migratory status, a secondary role, with a predominance of interest in the social, economic and social integration determinants. It is a challenge for dentistry - mainly for the public health area - to overcome the notion of culture as a barrier to access to dental health and to know its potential as a protective factor. The foregoing requires an integrative look that allows us to know the complexity of the relationship between culture and dental health that would contribute to the prevention of dental health in contexts of vulnerability.

### **2.1. Keywords**

Culture, social determinants, oral health, ethnic groups, immigrant.

### 3. INTRODUCCIÓN

Uno de los mayores desafíos de la sociedad actual es alcanzar una salud óptima y equitativamente distribuida en la población. Lo anterior requiere profundizar en los determinantes sociales de la salud, es decir, en “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud” (1), ya que constituyen condiciones modificables que están en la base de la inequidad social.

Si bien existen varios modelos conceptuales, la OMS propone un modelo teórico dinámico y global que considera dos categorías de determinantes sociales de la salud, los estructurales e intermedios (2). Los estructurales comprenden el contexto político y socioeconómico, como también la posición socioeconómica. Por su parte, los determinantes intermedios engloban los factores biológicos, sociopsicológicos y de comportamiento, condición ambiental y sistema de salud del individuo. Entre ambos tipos de determinantes se plantea una estrecha relación, en donde los estructurales afectan a los intermedios y estos a la salud de cada individuo de forma específica, y el resultado de esa interacción explica en parte la inequidad sanitaria en todos los ámbitos de la salud, incluyendo la salud oral (2, 3, 4).

La cultura es un determinante social estructural de la salud que afecta particularmente a las minorías sociales -inmigrantes, grupos étnicos y refugiados- vulnerables y propensas a factores de riesgo para la salud, sobre todo en salud oral, la cual suele ser postergada (3,4). Las minorías sociales reportan de forma global menor educación y nivel socioeconómico, como también problemas de discriminación, marginación, estrés psicosocial, empleabilidad, condiciones laborales y acceso a salud oral, pudiendo sus patrones culturales actuar como barrera (5,6,7). Se entiende por patrones culturales el conjunto de ideas, prácticas y manufacturas “producidas por el ser humano en sociedad y transmitidas de generación en generación” (8). Desde la perspectiva de la “paradoja de la desigualdad”, estos grupos tienen mayores necesidades de atención en salud, pero por lo general insatisfechas (6).

La situación actual, internacional y chilena, refleja las desventajas en salud oral de las minorías sociales étnicas o culturales. Es el caso por ejemplo de los inmigrantes, es decir, “personas que se mudan a un país diferente al de su nacionalidad o residencia habitual, de



modo que el país de destino efectivamente se convierte en su nuevo país de residencia habitual” (9). El proceso de inmigración ha tenido un aumento constante en la última década en Chile, solo durante el año 2019 se otorgaron 328.000 visas, 5 veces más que durante el año 2010, según el Departamento de extranjería e inmigración (10). La evidencia con relación a la salud oral de inmigrantes presenta controversias, por un lado, se afirma que mejoran su salud oral en el nuevo país y por otro, que poseen un mejor estado de salud oral que la población local, pero que este se deteriora con el paso del tiempo (11, 12, 13), lo que coincide con la “paradoja latina” (13, 14). Por su parte, los grupos étnicos que comparten herencia cultural y ascendencia (4) hacen también parte de las minorías sociales. En Chile, el 12.8% de la población declara ser parte de un pueblo originario y un 80% del pueblo mapuche (15). Se confirma en la literatura, que las personas que son parte de un grupo étnico tienen mayor probabilidad de reportar problemas relacionados con la salud oral, como también peores indicadores de salud oral y necesidades dentales no resueltas (7, 16, 17, 18). Finalmente, se incorpora dentro de las minorías sociales a los refugiados, “personas que huyen a un lugar seguro, especialmente aquellas que huyen a un país o poder extranjero para escapar del peligro, persecución o angustia económica en su propio país o residencia habitual” (19). Los refugiados presentan de igual forma una gran cantidad de dificultades asociadas al reasentamiento y prioridades conflictivas (20), esas condiciones de vida generan una mayor carga de enfermedad oral (21), y el impacto de esta “puede extenderse más allá de los efectos comúnmente reportados para adultos” (22).

A pesar del escenario que presenta Chile, principalmente con el aumento de la inmigración, y la evidencia internacional de los perjuicios en la salud oral de los grupos minoritarios, no existen políticas públicas de salud oral ni estudios con enfoque en estos en nuestro país (23). Consecuentemente, el problema de investigación consiste en los determinantes sociales de la salud asociados a la cultura en los estudios odontológicos sobre minorías sociales en la literatura científica de los últimos 10 años. Por lo tanto, nuestro objetivo principal es describir cómo se presentan los determinantes sociales de la salud asociados a la cultura, a través de una revisión narrativa. Con el propósito de visibilizar cómo se trata en odontología un área de estudio relevante, dado el auge de la migración en Chile y la situación desaventajada de estos grupos, como también de relevar los eventuales vacíos y aportes en el tratamiento del tema.

## **4. MÉTODOS**

### **4.1. Diseño general**

La revisión narrativa (RN) proporciona una síntesis de la literatura médica publicada sobre un tópico (24), sin presentar temas nuevos, sino que identifica y resume la información previa. La RN permite centrarse en responder una o más preguntas y es pertinente para temas de amplio alcance como el de los determinantes sociales de la salud. Una RN no exige la descripción del método de selección de los artículos y tampoco se encuentra definido, lo que podría implicar sesgos asociados a la selección o evaluación y de facto no ser reproducible (24, 25).

Para disminuir los sesgos y fortalecer la metodología de la RN nuestra propuesta considera: 1) Delimitar el estudio a revistas indexadas, 2) Uso de términos de búsqueda MeSH 3) Empleo de criterios de inclusión y exclusión, 4) Aplicar Guía de SANRA, la cual permite evaluar la calidad de la RN a través de seis dimensiones tales como: justificación e importancia para el lector, formulación de objetivos concretos o pregunta, descripción de la búsqueda de la literatura, uso de referencias y razonamiento científico (25). Este conjunto de procedimientos permite discriminar y focalizar la información seleccionada, así como la trazabilidad del procedimiento.

### **4.2. Estrategia de búsqueda**

Realizamos una búsqueda de la literatura contenida en la base de datos MEDLINE del buscador Pubmed hasta el 24 de julio del 2020. Para nuestra estrategia de búsqueda usamos la combinación de los siguientes términos MeSH: 1) immigration and oral health, 2) ethnic group and oral health y 3) refugees and oral health.

### **4.3.Criterios de inclusión y exclusión**

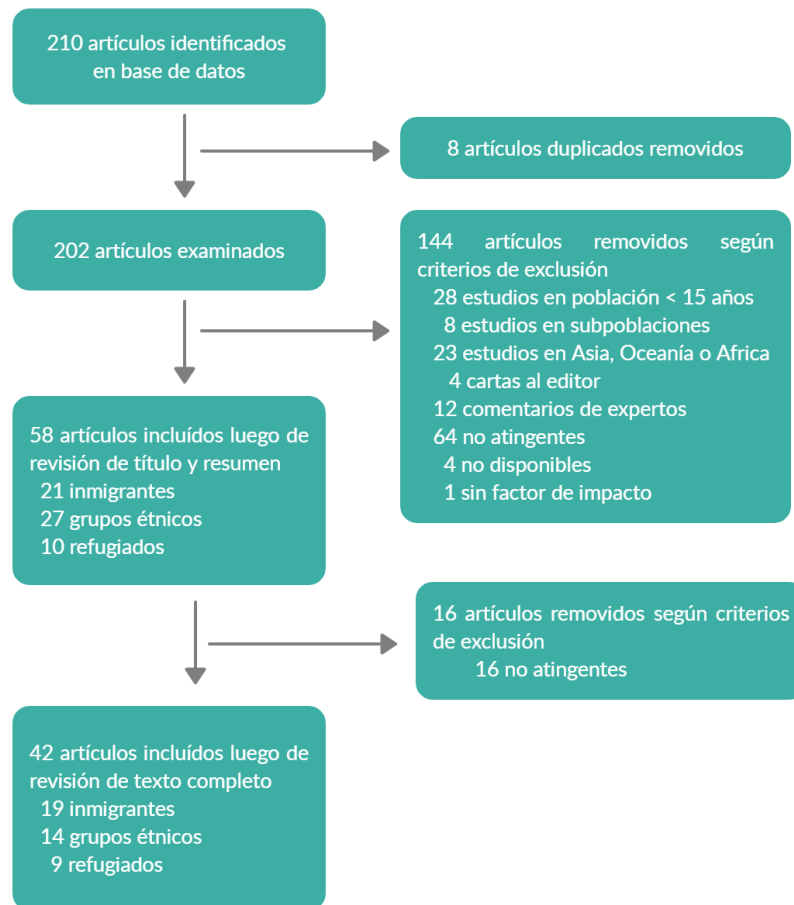
Para nuestra investigación seleccionamos artículos científicos publicados durante los últimos 10 años en revistas indexadas en Pubmed y presentes en SCImago Journal Rank, de acuerdo a los términos MeSH declarados y que tuvieran información sobre la relación entre el determinante cultural y la salud oral en minorías sociales.

Excluimos artículos con población de estudio menor a 15 años de edad, realizados en subpoblaciones con condiciones de salud específicas (por ejemplo, personas con VIH-SIDA), elaborados en Asia, África y Oceanía, también cartas al editor y comentarios de expertos. Posterior a la revisión del texto completo excluimos artículos que no explicitan resultados sobre la relación de salud oral con inmigrantes, grupos étnicos y refugiados.

## 5. RESULTADOS

### 5.1. Selección de estudios

A partir de nuestra búsqueda con la combinación de términos MeSH realizada en la base de datos Pubmed, obtuvimos un total de 210 estudios, de los cuales eliminamos 8 por estar duplicados. En base a los criterios de inclusión y exclusión, luego de la revisión de título y resumen eliminamos 144 artículos, y posterior a la revisión del texto completo eliminamos 16 estudios, siendo elegibles finalmente 44 (Figura 1). El listado completo de los artículos seleccionados puede consultarse en el archivo Anexo 1.



**Figura 1. Proceso de selección.** Número de artículos identificados a partir de la búsqueda en la base de datos Pubmed. Número de artículos seleccionados luego de la revisión de título y resumen, y posterior a la revisión del texto completo, desagregado también el número de acuerdo a cada término de búsqueda. Número de artículos eliminados de la selección después de cada proceso de revisión, el total y en relación a cada criterio.

## 5.2.Extracción de datos

Clasificamos los estudios en categorías en relación al diseño, metodología, objetivos, recomendaciones y determinantes sociales de la salud, y dentro de estas asignamos a cada estudio subcategorías de acuerdo con determinados descriptores o indicadores. El detalle del proceso de extracción de datos, que utilizamos para obtener los resultados, se encuentra en el Anexo 2.

## 5.3.Descripción de los estudios: diseño, metodología, emplazamiento y objetivos

El diseño de los estudios fue mayoritariamente cuantitativo (83%)- observacionales (74%)- 31 de ellos conducidos en América del Norte (72%) -Estados Unidos y Canadá- y el resto en países de Europa (26%) y Latinoamérica (2%) (Tabla 1).

**Tabla 1. Diseño, metodología, lugar de conducción y objetivos de los estudios.**

<b>Categoría</b>	<b>Total N=42</b>
<b>Diseño de estudio</b>	
Observacional	31 (74%)
Diseño cualitativo	7 (17%)
Revisión sistemática	3 (7%)
Revisión sistemática con MA(a)	1 (2%)
Experimental	0 (0%)
Revisión narrativa	0 (0%)
<b>Metodología</b>	
Cuantitativo	35 (83%)
Cualitativo	7 (17%)
<b>Lugar de conducción del estudio</b>	
América del norte	30 (72%)
Europa	11 (26%)
Latinoamérica	1 (2%)

<b>Objetivos Generales(b)</b>	
Servicios dentales y calidad de la salud oral	26 (36%)
Integración sociocultural y aspectos psicosociales	20 (27%)
Conductas en salud oral	15 (21%)
Barreras de acceso a la salud oral	7 (10%)
Educacionales	2 (3%)
Factores diversos	2 (3%)

- (a) MA para indicar revisiones sistemáticas con metaanálisis.
- (b) El total de objetivos por categoría aumenta debido a que asignamos un máximo de 3 descriptores por artículo.

Los objetivos generales de los estudios se orientaban principalmente hacia factores individuales asociados a los determinantes sociales de la salud, es decir, aquellos que responden a características específicas o realidad propia del individuo.

El 36% de los estudios dirige sus objetivos hacia servicios dentales y calidad de la salud oral (Tabla 2), mayoritariamente la salud oral autopercibida (35%) y la utilización de servicios dentales (30%) (Tabla 2). Por otro lado, 20 estudios se enfocaban en el ámbito de integración sociocultural y aspecto psicosociales (27%) (Tabla 2), destacándose dentro de esta categoría las diferencias étnicas entre inmigrantes y refugiados (35%) y la aculturación (20%) (Tabla 2). Las conductas en salud oral (21%) (Tabla 2) fue la tercera categoría de objetivos más estudiada -17 estudios-, con una marcada tendencia al estudio monotemático de las creencias-actitudes-prácticas y conocimientos (73%) (Tabla 2). Un número de 12 artículos consideró en sus objetivos generales el estudio de las barreras de acceso a salud oral (10%), aspectos educacionales (3%) y factores diversos (3%) (Tabla 1).

**Tabla 2. Objetivos generales de los estudios según categorías y subcategorías.**

<b>Categoría</b>	<b>Subcategoría</b>	<b>Total por categoría</b>	<b>Total N=72</b>
<b>Servicios dentales y calidad de la salud oral 36%</b>	Salud oral autopercebida	9 (35%)	9 (13%)
	Uso de servicios dentales	8 (30%)	8 (11%)
	Calidad de vida relacionada con la Salud Oral.	4 (15%)	4 (6%)
	Atención dental insatisfecha	2 (8%)	2 (3%)
	Indicadores clave de Salud oral	2 (8%)	2 (3%)
	Acceso a salud oral	1 (4%)	1 (1%)
<b>Integración sociocultural y aspectos psicosociales. 27%</b>	Diferencias étnicas y entre refugiados	7(35%)	7 (10%)
	Aculturación	4(20%)	4 (6%)
	Factores socioculturales	2(10%)	2 (3%)
	Proceso de migración (efecto, status)	2(10%)	2 (3%)
	Ventaja latina	2(10%)	2 (3%)
	Depresión	1(5%)	1 (1%)
	Integración social	1(5%)	1 (1%)
	Apoyo social	1(5%)	1 (1%)
<b>Conductas en salud oral 21%</b>	Creencias, actitudes, prácticas y conocimientos	11(73%)	11 (16%)
	Hábitos	3(20%)	3 (4%)
	Manejo de problemas orales	1 (7%)	1 (1%)
<b>Barreras de acceso a la salud dental 10%</b>	Factores económicos	3 (43%)	3 (4%)
	Seguro dental	2 (29%)	2 (3%)
	Barreras en salud oral	1 (14%)	1 (1%)

	Factores sociodemográficos	1(14%)	1 (1%)
<b>Educativos</b> <b>3%</b>	Diferencias educativas	1 (50%)	1 (1%)
	Alfabetización en salud oral	1 (50%)	1 (1%)
<b>Factores diversos</b> <b>3%</b>	Otros (factores asociados, determinantes de la recepción de exámenes anuales, variables asociadas a SO)	2(100%)	2 (3%)

(a) Establecimos un máximo de tres descriptores a cada artículo para prevenir la sub o sobre representación de los principales descriptores temáticos en los objetivos, por lo que el número total de descriptores varía de acuerdo a cada término de búsqueda y supera el número de artículos de cada una de ellas.

#### **5.4.Descripción de la muestra de los estudios: tamaño, edad, sexo y origen**

La muestra estuvo compuesta mayoritariamente por personas que constituyen una minoría social, mujeres y adultos, con variabilidad en el país de procedencia y etnia. La mitad de los estudios (55%) consideraba hasta 500 participantes (Tabla 3), incluyendo en su mayoría población mayor o igual a 18 años (74%) (Tabla 3). Por otro parte, predominaron muestras con mayor número de mujeres (52%) y un porcentaje menor presentaba similar participación entre ambos sexos (23%) (Tabla 3).



**Tabla 3. Edad, tamaño y sexo de la muestra de los estudios.**

<b>Categoría</b>	<b>Total N=42</b>
<b>Tamaño de la muestra</b>	
0-500	<b>23 (55%)</b>
501-1999	5 (12%)
2000-4999	9 (21%)
> 5000	5 (12%)
No específica.	0 (0%)
No aplica para RS	0 (0%)
<b>Edad (inicio)</b>	
≥15–16	4 (10%)
≥18–30 años	<b>22 (52%)</b>
≥55–65 años	9(22%)
No específica	2 (6%)
No aplica para revisión sistemática	4 (10%)
<b>Sexo</b>	
Mayor porcentaje de mujeres (a)	<b>22 (52%)</b>
Mayor porcentaje de hombres(a)	4 (10%)
Similar porcentaje entre ambos sexos (b)	10 (23%)
No específica	2 (5%)
No aplica para revisión sistemática	4 (10%)

- (a) Consideramos como “mayoría” cuando una de las categorías, mujer o hombre, sobrepasa a la otra en un 10% o más, siendo su porcentaje mayor o igual a 55%.
- (b) Consideramos como “porcentaje similar” cuando la diferencia porcentual entre la categoría de mujeres y hombres es menor a 10%, variando los porcentajes de una y otra categoría entre 50-54% y 50-46%.

Los estudios clasificaban su muestra de acuerdo con el país/continente de origen o etnia. En 25 estudios se explicitaba el país o continente de origen de los participantes, de estos el 21% consideraba más de uno, mayoritariamente África, Asia y Europa. Por otro lado, 17 estudios indicaban la etnia, donde un 27% consideraba una población de estudio con 3 o

más etnias diferentes, principalmente blancos y negros. El detalle completo del origen de los participantes de la muestra puede consultarse en el archivo Anexo 4.

### 5.5. Recomendaciones de los estudios de acuerdo a sus resultados

El 54% de los estudios orientaba sus recomendaciones hacia políticas de salud oral, principalmente enfocadas al acceso y programas de promoción y prevención (Tabla 4). Por otro lado, un 20% se enfocaba en programas de educación, con énfasis en desarrollar competencias culturales en el personal de salud (Tabla 4). Cabe mencionar, que un número no menor de artículos (12) evidenciaba la falta de información y necesidad de realizar nuevos estudios (Tabla 4). Por el contrario, sólo dos estudios aludieron a las políticas migratorias, específicamente en estrategias para disminuir disparidades en relación al estatus migratorio (Tabla 4).

**Tabla 4. Recomendaciones de los estudios según categorías y subcategorías.**

<b>Categoría</b>	<b>Subcategoría</b>	<b>Total N=59</b>
<b>Políticas de salud oral 54%</b>	Mejorar acceso para la atención en salud oral	7 (11%)
	Programas de promoción y prevención	7 (11%)
	Focalizadas-adaptadas a las necesidades de grupos socioculturales	6 (9%)
	Estrategia de integración social: orientación (funcionamiento y forma de acceder a sistema/servicios de SO, mejor forma y disponibilidad de la información en SO)	6 (9%)
	Mejorar financiamiento para la atención en salud oral	4 (6%)

	Incorporar enfermedades orales en sistemas de vigilancia epidemiológica	1 (2%)
<b>Investigación 31%</b>	Evidenciar vacíos de información: necesidad de nuevos estudios	12 (19%)
	Nueva evidencia/hallazgos	7 (11%)
<b>Programas de educación 20%</b>	Educación en competencias culturales para la atención (personal de salud)	8 (13%)
	Educación en salud oral (pacientes)	2 (3%)
	Programa de idioma (pacientes)	2 (3%)
<b>Políticas migratorias 3%</b>	Orientadas a disminuir disparidades en relación al estatus migratorios	2 (3%)

(a) Identificamos como máximo dos ideas principales por artículo contenidas en la orientación de los artículos y se asociaron a un descriptor, por lo mismo el número total de descriptores varía de acuerdo a cada término de búsqueda y supera el número de artículos de cada uno de ellos.

### **5.6. Determinantes sociales de la salud en relación con salud oral de las minorías sociales**

Los determinantes sociales estructurales de la salud más tratados en los estudios fueron cultura (18%), etnia/raza (13%) y políticas públicas (13%) (Tabla 5). Dentro de los intermedios identificamos con similar porcentaje los factores psicosociales y de comportamiento asociados a conductas individuales (Tabla 5).

**Tabla 5. Determinantes sociales estructurales e intermedios de la salud según categorías y subcategorías.**

<b>Categoría</b>	<b>Subcategorías</b>	<b>Total N=113</b>
<b>Estructurales 69%</b>	Gobernanza y Políticas públicas	15 (13%)
	Cultura	19 (18%)
	Etnia/raza	15 (13%)
	Posición social/socioeconómica e ingreso	12 (11%)
	Educación	6 (6%)
	Género	5 (5%)
<b>Intermedios 31%</b>	Factores psicosociales	19 (18%)
	Comportamiento	18 (16%)

(a) Se identificaron máximo tres determinantes sociales de la salud por artículo, por lo cual el número total de determinantes varía de acuerdo a cada término de búsqueda y supera el número de artículos de cada uno de ellos.

## 6. DISCUSIÓN

Observamos respecto a cómo se presentan los determinantes sociales de la salud y la cultura en los estudios odontológicos sobre minorías sociales, que esta ocupa un rol secundario, con un enfoque primeramente individual y que influye negativamente en el estado de salud oral. Si bien se evidencia un interés en educar a los trabajadores de la salud para lograr servicios de salud culturalmente competentes, existe menos hacia la alfabetización sanitaria para la prevención en salud oral en las minorías sociales. El estado social-migratorio y su influencia estructural en la calidad de la salud oral, así como las políticas migratorias, son también aspectos que suscitan poco interés en los estudios sobre minorías sociales.

Lo cultural se trata como parte del contexto de las conductas individuales en salud dental, las cuales son descritas y luego analizadas como parte de la cultura de las minorías en estudio, con el objetivo de determinarlas como factores de riesgo o protector, en menor proporción. Atraviesa los escenarios de estudio sobre grupos minoritarios, pero ocupa un lugar secundario respecto a los otros determinantes sociales de la salud y se considera como una barrera individual, fundamentalmente de acceso y comunicación (26, 27) para lo cual los equipos de salud deben prepararse a fin de posibilitar el acceso a la salud de las minorías (28, 29, 30, 31, 32). Evidentemente en este contexto la connotación de lo cultural es negativa.

La cultura considerada como barrera u obstáculo destaca la necesidad de disminuir la brecha cultural, asociada a la integración social, favoreciendo la calidad de la salud dental en las minorías sociales (33), y ese tratamiento tiene también dos implicancias. Primero, retarda la comprensión acabada de cómo incide la cultura en las conductas de las minorías sociales hacia la salud oral. Segundo, se desaprovecha sus potenciales como factor protector.

Se observa en los estudios mayor interés por los determinantes sociales socioeconómicos, no así hacia aquellos asociados a los modos de vida o visiones del mundo - incluido el género- tienen una presencia secundaria. Al hablar de las barreras de acceso, uso de servicios dentales, calidad de vida y salud oral autopercebida la vulnerabilidad de las

minorías sociales se explica principalmente a través de los factores sociales y económicos. Lo anterior podría indicar que las dimensiones culturales no representan un interés en sí mismas, sino que se imponen más bien como una referencia obligada debido a que las diferencias étnicas dificultan la integración social y por lo tanto también el acceso a la salud oral.

Podemos destacar que una de las ocasiones en que la cultura es tratada como aspecto positivo es al hablar de la “ventaja latina”, donde el mejor estado de salud oral o calidad de vida relacionada a la salud oral de las minorías se puede explicar por los valores y prácticas culturales adquiridas desde su origen (14, 34). La aculturación también es considerada como un factor que influye positivamente en la salud oral (30, 35, 36, 37), sin embargo, en este caso se refuerza la idea de que la cultura de origen es un factor negativo, pero modificable.

La educación en salud oral es un aspecto poco explorado, siendo que está profundamente relacionada con la cultura, y permite tomar decisiones informadas, favoreciendo la prevención en salud oral (8). De la misma forma notamos que procesos inherentes al estado social-migratorio que pueden significar una barrera – por cambios culturales, geográficos y del status social- son poco considerados, lo que podría dificultar el desarrollo de políticas específicas en salud oral.

A nivel de las recomendaciones de los estudios, estas se orientan hacia el desarrollo de políticas de salud oral para las minorías sociales, lo que es coherente con su situación de vulnerabilidad en cuanto a la salud oral y la proporción elevada que significan estos grupos a nivel mundial. Si bien existe preocupación por parte de los autores de disponer recursos para sus necesidades particulares, mejorando su bienestar físico, psicológico, inclusión y contribuciones social, esta preocupación por su situación no se hace extensiva a su estado social-migratorio -lo mismo que ocurre en los objetivos de estudio- con pocos de ellos enfocados en políticas migratorias, considerando que este incide en el estado de salud oral pudiendo ser un eje de disparidad y barrera (7, 38, 39). La educación toma peso dentro de las recomendaciones de los estudios, con énfasis en la adquisición de competencias culturales en los profesionales de la salud dental -diferente a lo que ocurre en los objetivos,

particularmente con la educación en salud oral- esto se podría sustentar porque se puede lograr una mejor comunicación, interacción y trato con las personas parte de minorías sociales, mejorando así la relación profesional-paciente, lo que puede contribuir a su vez a disminuir la brecha de alfabetización en salud (40, 41). Es consecuente que muchos artículos expresan la necesidad de que se realicen más estudios, ya que la información y comprensión de las minorías sociales y su estado de salud oral sigue siendo insuficiente.

En conclusión, la cultura es un determinante social transversal en las minorías sociales, pero su estudio sigue siendo desplazado por los determinantes sociales estructurales socioeconómicos e intermedios de integración social. Lo anterior implica que no está suficientemente valorada e integrada favoreciendo estereotipos y simplificaciones, y que siga actuando casi exclusivamente como una barrera en salud oral. Es necesario estudiar los aspectos culturales en las minorías sociales, con el fin de desarrollar políticas de salud y programas de educación oral, como también de competencias culturales para los servicios de salud y estrategias de integración social, con soluciones efectivas, que sean sensibles y respondan a las diferencias culturales. De forma tal, que la cultura deje de ser vista como una carga para las minorías sociales y se integre como parte de su esencia. Por otra parte, el estado social-migratorio es mínimamente abarcado, sin embargo, es preciso la creación de políticas migratorias, las cuales podrían mejorar sustancialmente el status social, disminuyendo la situación de vulnerabilidad de esta población y pudiendo garantizar el acceso a salud oral.

Son limitaciones de nuestro estudio el uso de una única base de datos, la integración únicamente de artículos publicados en revistas presentes en SJR journal rank y muestra con artículos centrados en mayores de 15 años.

## 7. REFERENCIAS

1. OMS. Determinantes sociales de la salud [Internet]. Disponible en: [https://www.who.int/social\\_determinants/es/](https://www.who.int/social_determinants/es/) [Citado 14 April 2020].
2. Shokouh SMH, Arab M, Emamgholipour S, Rashidian A, Montazeri A, Zaboli R. Conceptual models of social determinants of health: A narrative review. *Iran J Public Health*. 2017;46(4):435–46.
3. Comisión sobre determinantes de la salud, OMS. Subsanan las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud [Internet]. Buenos aires: Ediciones Journal S.A; 2013, 1–260. Disponible en: [http://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/es/](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/)
4. Solar O, Irwin A. A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. *Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice)* [Internet]. Geneva: WHO Document Production Services: 2010, 20-41. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44489/1/9789241500852\\_eng.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44489/1/9789241500852_eng.pdf?ua=1&ua=1)
5. Xhiani B, Rainchuso L, Smallidge D, Dominick C. Oral Health Beliefs, Attitudes, and Practices of Albanian Immigrants in the United States. *J Community Health* [Internet]. 2017;42(2):235–41. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s10900-016-0248-9>
6. Agudelo-sua A, Posada-lo A, Vin Y. Ethnicity and Self-Perceived Oral Health in Colombia: A Cross-Sectional Analysis. 2013.
7. Calvasina P, Muntaner C, Quiñonez C. The deterioration of Canadian immigrants' oral health: Analysis of the Longitudinal Survey of Immigrants to Canada. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2015;43(5):424–32.
8. Taylor E. *Cultura primitiva: Los orígenes de la cultura*. 1ra ed. Madrid: Ayuso; 1977. p.19



9. Perruchoud R. Glossary on migration, N°34 [Internet]. Geneva: International Organization for Migration; 2004, 103. Disponible en: [https://publications.iom.int/system/files/pdf/iml\\_34\\_glossary.pdf](https://publications.iom.int/system/files/pdf/iml_34_glossary.pdf)
10. Departamento de Extranjería y Migración. Gobierno de Chile. 2020. Estadísticas Migratorias. [online] Available at: <<https://www.extranjeria.gob.cl/estadisticas-migratorias/>> [Accessed 27 April 2020].
11. Cruz GD, Chen Y, Salazar CR, Le Geros RZ. The association of immigration and acculturation attributes with oral health among immigrants in New York City. *Am J Public Health*. 2009;99(SUPPL. 2):474–80.
12. Gao X, Chan CW, Mak SL, Ng Z, Kwong WH, Kot CCS. Oral health of foreign domestic workers: Exploring the social determinants. *J Immigr Minor Heal*. 2014;16(5):926–33.
13. Cabieses B, Tunstall H, Pickett K. Testing the Latino paradox in Latin America: A population-based study of Intra-regional immigrants in Chile. *Rev Med Chil*. 2013;141(10):1255–65.
14. Sanders AE. Social Science & Medicine A Latino advantage in oral health-related quality of life is modified by nativity status q. *Soc Sci Med* [Internet]. 2010;71(1):205–11. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.03.031>
15. Instituto Nacional De Estadísticas. Radiografía de Género: Pueblos originarios en Chile 2017 [Internet]. Santiago: Unidad De Estudios Y Estadísticas De Género; 2018 [citado el 18 de Abr. de 2020]. p.3,5. Disponible en: <https://historico-amu.ine.cl/genero/files/estadisticas/pdf/documentos/radiografia-de-genero-pueblos-originarios-chile2017.pdf>.
16. Shelley D, Russell S, Parikh NS, Fahs M. Ethnic Disparities in Self-Reported Oral Health Status and Access to Care among Older Adults in NYC. 2011;88(4):651–62.

17. Huang DL, Park M. Socioeconomic and racial / ethnic oral health disparities among US older adults: oral health quality of life and dentition. 2008;2005–8.
18. Arora G, Mackay DF, Conway DI, Pell JP. Ethnic differences in oral health and use of dental services: cross-sectional study using the 2009 Adult Dental Health Survey. *BMC Oral Health* [Internet]. 2017;1–12. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12903-016-0228-6>.
19. Descriptores en Ciencias de la Salud: DeCS [Internet]. ed. 2017. São Paulo (SP): BIREME / OPS / OMS. 2017 [actualizado 2017 18 de mayo; citado 13 de junio de 2017]. Disponible en: [https://decs.bvsalud.org/en/ths/resource/?id=12458&filter=ths\\_termall&q=refugees](https://decs.bvsalud.org/en/ths/resource/?id=12458&filter=ths_termall&q=refugees)
20. Nicol P, Al-Hanbali A, King N, Slack-Smith L, Cherian S. Informing a culturally appropriate approach to oral health and dental care for pre-school refugee children: A community participatory study. *BMC Oral Health*. 2014;14(1):1–11.
21. Keboa MT, Hiles N, Macdonald ME. The oral health of refugees and asylum seekers: A scoping review. *Global Health* [Internet]. 2016;12(1):1–11. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12992-016-0200-x>.
22. Keboa M, Nicolau B, Hovey R, Esfandiari S, Carnevale F, Macdonald ME. A qualitative study on the oral health of humanitarian migrants in Canada. *Community Dent Health*. 2019;36(2):95–100.
23. Ministerio de salud. Plan nacional de salud bucal 2018-2030. [Internet] Santiago: Ministerio de salud; 2017, 11-72. Disponible en: [https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/12/Plan-Nacional-Salud-Bucal-2018-2030-Consulta-P%C3%BAblica-20\\_12\\_2017.pdf](https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/12/Plan-Nacional-Salud-Bucal-2018-2030-Consulta-P%C3%BAblica-20_12_2017.pdf)

24. Ferrari R. Writing narrative style literature reviews. *Med Writ*. 2015;24(4):230–5.
25. Baethge C, Goldbeck-Wood S, Mertens S. SANRA—a scale for the quality assessment of narrative review articles. *Res Integr Peer Rev*. 2019;4(1):2–8.
26. Olerud E, Hagman-Gustavsson ML, Gabre P. Oral health status in older immigrants in a medium-sized Swedish city. *Spec Care Dent*. 2016;36(6):328–34.
27. Jang Y, Yoon H, Park NS, Chiriboga DA. Oral Health and Dental Care in Older Asian Americans in Central Texas. *J Am Geriatr Soc*. 2017;65(7):1554–8.
28. Dahlan R, Ghazal E, Saltaji H, Salami B, Amin M. Impact of social support on oral health among immigrants and ethnic minorities: A systematic review. *PLoS One*. 2019;14(6):1–22.
29. Kelesidis N. A racial comparison of sociocultural factors and oral health perceptions. *J Dent Hyg JDH*. 2014;88(3):173–82.
30. Macentee MI, Mariño R, Wong S, Kiyak A, Minichiello V, Chi I, et al. Discussions on oral health care among elderly Chinese immigrants in Melbourne and Vancouver. *Gerodontology*. 2012;29(2):1–11.
31. Muthra S, Hamilton R, Leopold K, Dodson E, Mooney D, Wallington SF, et al. A qualitative study of oral health knowledge among African Americans. *PLoS One*. 2019;14(7):1–8.
32. Smith A, MacEntee MI, Beattie BL, Brondani M, Bryant R, Graf P, et al. The Influence of Culture on the Oral Health-Related Beliefs and Behaviours of Elderly

Chinese Immigrants: A Meta-Synthesis of the Literature. *J Cross Cult Gerontol*. 2013;28(1):27–47.

33. Nalliah RP, Virun V, Dhaliwal G, Kaur H, Kote A. Fifteen-year gap between oral health of blacks and whites in the USA. *J Investig Clin Dent*. 2019;10(3): e12415.

34. Spolsky VW, Marcus M, Der-Martirosian C, Coulter ID, Maida CA. Oral health status and the epidemiologic paradox within latino immigrant groups. *BMC Oral Health*. 2012;12(1).

35. Dahlan R, Badri P, Saltaji H, Amin M. Impact of acculturation on oral health among immigrants and ethnic minorities: A systematic review. *PLoS ONE*. 2019; 14(2): e0212891.<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0212891>

36. Hunter-Adams J, Cochran J, Laird LD, Paasche-Orlow MK, Geltman PL. Acculturation and a Potential Relationship with Oral Health Outcomes Among Somali Refugees in Massachusetts. *J Immigr Minor Heal*. 2018;20(2):351–9.

37. Luo H, Hybels CF, Wu B. Acculturation, depression and oral health of immigrants in the USA. *Int Dent J*. 2018;68(4):245–52.

38. Liu Y. Differentiation of self-rated oral health between American non-citizens and citizens. *Int Dent J*. 2016;66(6):350–5.

39. Wilson FA, Wang Y, Borrell LN, Bae S, Stimpson JP. Disparities in oral health by immigration status in the United States. *J Am Dent Assoc [Internet]*. 2018;149(6):414-421.e3. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.adaj.2018.01.024>

40. Mattila A, Ghaderi P, Tervonen L, Niskanen L, Pesonen P, Anttonen V, et al. Self-reported oral health and use of dental services among asylum seekers and immigrants in Finland - A pilot study. *Eur J Public Health*. 2016;26(6):1006–10.
41. Yoon S., Choi T., Odlum M., Mitchell D., Kronishi I., Davidson K., et al. Machine Learning to Identify Behavioral Determinants of Oral Health in Inner City Older Hispanic Adults. *HHS Public Access*. 2018; 251: 253–256.

## 8. ANEXOS

**Anexo 1.** Identificación de los artículos por términos de búsqueda: Inmigración, religión, grupos étnicos y refugiados.

	<b>Nombre del artículo</b>	<b>Nombre de la revista</b>	<b>Autor</b>
1	Acculturation, Depression and Oral Health of Immigrants in the USA	International Dental Journal	Luo et al., 2017
2	Impact of Social Support on Oral Health Among Immigrant and Ethnic Minorities: a Systematic Review	PLoS ONE	Dahlan et al., 2019
3	Comparing Oral Health Service Use in the Spanish and Immigrant Working Population	Journal of immigrant and minority health	Muñoz et al., 2017
4	Oral Health-Related Quality of Life in Native and Immigrant Populations in the PELFI Study in Spain	International journal of environmental research and public health	Agudelo et al., 2019
5	Oral Health Beliefs, Attitudes, and Practices of Albanian Immigrants in the United States	Journal of community health	Xhihan et al., 2016
6	Oral Health Practices, Beliefs and Dental Service Utilization of Albanian Immigrants in Milwaukee, Wisconsin: A pilot Study	Journal of immigrant and minority health	Rota et al., 2018
7	Impact of Acculturation on Oral Health Among Immigrant and Ethnic Minorities: a Systematic Review	PLoS ONE	Dahlan et al., 2019
8	Self-reported Oral Health and Use of Dental Services Among Asylum Seekers and Immigrants in Finland-a Pilot Study	European journal of public health	Mattila et al., 2016
9	Differentiation of Self-Rated Oral Health Between American Non-Citizens and Citizens	International Dental Journal	Liu et al., 2016
10	Discussions on Oral Health Care Among Elderly Chinese Immigrants in Melbourne and Vancouver	Gerodontology	Macentee et al., 2012
11	Disparities in Oral Health by Immigration Status in the United States	Journal of the American Dental Association	Wilson et al., 2018

		(1939)	
12	Brazilian Immigrants' Oral Health Literacy and Participation in Oral Health Care in Canada	BMC oral health	Calvasina et al., 2016
13	The Influence of Culture on the Oral Health-Related Beliefs and Behaviours of Elderly Chinese Immigrants: A Meta-Synthesis of the Literature	Journal of cross-cultural gerontology	Smith et al., 2013
14	Oral Health Status in Older Immigrants in a Medium-Sized Swedish City	Special Care in Dentistry	Olerud et al., 2016
15	The Deterioration of Canadian Immigrants' Oral Health: Analysis of the Longitudinal Survey of Immigrants to Canada	Community Dentistry and Oral Epidemiology	Calvasina et al., 2015
16	A Latino Advantage in Oral Health-Related Quality of Life Is Modified by Nativity Status	Social Science & Medicine	Sanders et al., 2010
17	Oral Healthcare Challenges for Older Punjabi-speaking Immigrants	Canadian Journal on Aging	Macentee et al., 2014
18	Factors Associated With Unmet Dental Care Needs in Canadian Immigrants: An Analysis of the Longitudinal Survey of Immigrants to Canada	BMC Oral Health	Calvasina et al., 2014
19	Oral Health Status and the Epidemiologic Paradox Within Latino Immigrant Groups	BMC oral health	Spolsky et al., 2012

	<b>Nombre del archivo</b>	<b>Revista</b>	<b>Autor</b>
1	Ethnic Variation in Oral Health and Social Integration Among Older Rural Adults	Journal of applied gerontology	Arcury et al., 2011
2	Oral Health and Dental Care in Older Asian Americans in Central Texas	Journal of the American Geriatrics Society	Jang et al., 2017
3	Fifteen-year Gap Between Oral Health of Blacks and Whites in the USA	Journal of investigative and clinical dentistry	Nalliah et al., 2019

4	A Qualitative Study of Oral Health Knowledge Among African Americans	PLoS ONE	Muthra et al., 2019
5	Ethnic Disparities in Self-Reported Oral Health Status and Access to Care Among Older Adults in NYC	Journal of urban health	Shelley et al., 2011
6	A Racial Comparison of Sociocultural Factors and Oral Health Perceptions	Journal of dental hygiene	Kelesidis et al., 2018
7	Differences in Self-Reported Oral Health Among Community-Dwelling Black, Hispanic, and White Elders	Journal of aging and health	Wu et al., 2010
8	Oral Health Among White, Black, and Mexican-American Elders: An Examination of Edentulism and Dental Caries	Journal of public health dentistry	Wu et al., 2011
9	Oral Health Care Receipt and Self-Rated Oral Health for Diverse Asian American Subgroups in New York City	American journal of public health	Jung et al., 2017
10	Ethnicity and Self-Perceived Oral Health in Colombia: A Cross-Sectional Analysis	Journal of immigrant and minority health	Agudelo et al., 2013
11	Prevalence of Oral Health Problems in U.S. Adults, NHANES 1999-2004: Exploring Differences by Age, Education, and race/ethnicity	Special care in dentistry	Kim et al., 2012
12	Socioeconomic and racial/ethnic Oral Health Disparities Among US Older Adults: Oral Health Quality of Life and Dentition	Journal of public health dentistry	Huang et al., 2015
13	Ethnic Differences in Oral Health and Use of Dental Services: Cross-Sectional Study Using the 2009 Adult Dental Health Survey	BMC public health	Arora et al., 2017
14	Machine Learning to Identify Behavioral Determinants of Oral Health in Inner City OlderHispanic Adults	Studies in Health Technology and Informatics	Yoon et al., 2018

	<b>Nombre del artículo</b>	<b>Revista</b>	<b>Autor</b>
1	The Oral Health of Refugees and Asylum Seekers: A Scoping Review	Globalization and health	Keboa, 2016
2	Oral Health Challenges in Refugees From the Middle East and Africa: A Comparative Study	Journal of immigrant and minority health	Hoyvik, 2018



3	Oral Health Status Among Newly Arrived Refugees in Germany: A Cross-Sectional Study	BMC oral health	Solyman, 2018
4	Assessment of Oral Health and Cost of Care for a Group of Refugees in Germany: A Cross-Sectional Study	BMC oral health	Goetz, 2018
5	Acculturation and a Potential Relationship With Oral Health Outcomes Among Somali Refugees in Massachusetts	Journal of immigrant and minority health	Hunter-adams, 2017
6	The Cultural Basis for Oral Health Practices Among Somali Refugees Pre-And Post-Resettlement in Massachusetts	Journal of Health Care for the Poor and Underserved	Hunter-adams, 2013
7	A Qualitative Study on the Oral Health of Humanitarian Migrants in Canada	Community Dental Health	Keboa, 2018
8	Informing a Culturally Appropriate Approach to Oral Health and Dental Care for Pre-School Refugee Children: A Community Participatory Study	BMC Oral Health	Nicol, 2014
9	Breaking Down the Barriers: A Qualitative Study to Understand Child Oral Health in Refugee and Migrant Communities in Australia	Ethnicity and Health	Riggs, 2014

**Anexo 2.** Detalle del proceso de extracción de datos y obtención de resultados.

<b>Clasificación</b>	<b>Sub-Clasificación (indicador)</b>	<b>Procedimiento de clasificación</b>
<b>Diseño de estudio</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Observacional.</li> <li>-Experimental (Ensayo clínico).</li> <li>-Revisión sistemática con/sin meta análisis.</li> <li>-Revisiones Narrativas.</li> </ul>	<p>1. Asignamos la subclasificación explicitada por editorial y/o el o los autores en alguna de las secciones del artículo. Consideramos también como explícito para observacional que el editorial/autor indique los siguientes tipos de estudios: transversal y longitudinal (1). Ver tabla 1.</p> <p>De no estar explicitado el tipo de diseño de estudio asignamos la subclasificación de acuerdo corresponda a uno de los siguientes descriptores:</p> <p>2. Observacional (no experimental): el investigador no realiza ninguna intervención, no hay manipulación concertada de variables, sino que se limita a observar y analizar fenómenos ocurridos naturalmente en una población de</p>

		<p>estudio (1).</p> <p>3.Experimental: el investigador realiza una intervención, manipula deliberadamente las variables, creando una situación en circunstancias determinadas, como exponer a un tratamiento, condición o estímulo a la población de estudio, para luego evaluar el efecto de la exposición a esa situación (1).</p> <p>4. Revisión narrativa: describe y evalúa los artículos disponibles en la literatura acerca de un tema, pero puede no describir el método utilizado para la selección de artículos (2).</p> <p>5. Revisión sistemática: describe y evalúa los artículos publicados sobre un tema en la literatura, describe claramente los criterios para la selección de los estudios, explícita los métodos de extracción y síntesis de los datos. Si presenta análisis estadístico, corresponde a una revisión sistemática con meta análisis (2).</p>
<b>Metodología</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Cualitativo</li> <li>-Cuantitativo</li> <li>-Mixto</li> </ul>	<p>1.Asignamos la subclasificación explicitada por el o los autores en alguna de las secciones del artículo. Ver tabla 1.</p> <p>De no estar explicitado asignamos la subclasificación de acuerdo corresponda a uno de los siguientes descriptores:</p> <p>2. Cualitativo: metodología que entrega resultados mayoritariamente descriptivos de situaciones, fenómenos, eventos, entre otros (1).</p> <p>3. Cuantitativo: metodología que presenta los datos y resultados de forma numérica (1).</p> <p>4. Mixta: combinación de ambas metodologías, por ende, la información se presenta como descripción y numérica (1).</p>
<b>Objetivos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Servicios dentales y calidad de la salud oral.</li> <li>-Integración social y aspectos psicosociales.</li> <li>-Conductas en salud oral.</li> <li>-Barreras de acceso a la salud oral.</li> <li>-Factores</li> </ul>	<p>Paso 1. Identificamos el o los objetivo/s principal/es del artículo de acuerdo a los siguientes criterios:</p> <p>1. Explicitado por el o los autores en la sección introducción del artículo.</p> <p>2. Expresado por el o los autores como objetivo en la sección introducción del artículo.</p> <p>3. Explicitado por el o los autores en la sección de objetivos/antecedentes/marco teórico del artículo.</p> <p>Paso 2. Identificamos los descriptores/términos</p>

	educacionales. -Factores diversos.	principales contenidos en el objetivo, máximo tres por artículo (se excluyen los términos salud oral-salud dental y relacionados, como también los descriptores de la población de estudio/muestra). Paso 3. Análisis de frecuencia de los descriptores/términos principales contenidos en el objetivo y agrupación en cinco categorías temáticas. Ver tabla 1 y 2.
<b>Recomendaciones a partir de los resultados</b>	-Políticas de salud oral. -Investigación. -Programas de educación. -Políticas migratorias.	Paso 1. Identificamos la orientación de los resultados de acuerdo a los siguientes criterios: 1 Explicitada o presentada por el o los autores en la sección de conclusión. 2 Explicitada o presentada por el o los autores como parte de una conclusión en la sección de discusión. 3. Presentada por el o los autores como parte de una conclusión en una sección diferente a la discusión o conclusión (limitaciones, puntos clave). Paso 2. Se identifican las ideas principales contenidas en la orientación de los resultados, máximo dos por artículo, y se asocian a un descriptor temático. Paso 3. Análisis de frecuencia de las ideas principales contenidas en la orientación de los resultados y agrupación en cinco categorías temáticas. Ver tabla 4.
<b>Determinantes sociales de la salud</b>	-Estructurales. -Intermedios.	Paso 1. Identificamos los principales determinantes sociales de la salud, máximo tres por artículo, tratados en la sección de discusión. Consideramos el modelo planteado por la OMS (3). Paso 2. Análisis de frecuencia de determinantes sociales de la salud contenidos en la sección discusión del artículo y agrupación en dos categorías. Ver tabla 5.

- (1) Hernández S.R, Fernández C.C, Baptista L.M. Metodología de la investigación. 6th ed. México: McGraw Hill; 2014. p.130, 152, 154.
- (2) Ferrari R. Writing narrative style literature reviews. Med Writ. 2015;24(4):230–5.
- (3) Solar O, Irwin A. A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2

(Policy and Practice) [Internet]. Genova: WHO Document Production Services: 2010, 20-41. Disponible en:[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44489/1/9789241500852\\_eng.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44489/1/9789241500852_eng.pdf?ua=1&ua=1)

**Anexo 3.** Descripción de la muestra de los estudios: tamaño, edad y sexo.

<b>Categoría</b>	<b>Inmigración N= 19</b>	<b>Etnia- N=14</b>	<b>Refugiados N=9</b>	<b>Total N=42</b>
<b>Edad (inicio)</b>				
≥15	1 (5%)	0 (%)	0 (0%)	1 (3%)
≥16 años	1 (5%)	1 (7%)	1 (11%)	3 (7%)
≥18 años	8 (42%)	3 (22%)	5 (56%)	15 (36%)
≥20 años	2 (11%)	3 (22%)	0 (0%)	5 (12%)
≥30 años	1 (5%)	0 (0%)	1 (11%)	2 (5%)
≥30 años	0 (0%)	2 (3%)	0 (0%)	2 (5%)
≥55 años	2 (11%)	3(22%)	0 (0%)	5 (12%)
≥60 años	1 (5%)	1 (7%)	0 (0%)	2 (5%)
≥65 años	0 (0%)	1(7%)	1 (11%)	2 (5%)
No específica	3 (16%)	0 (0%)	1 (11%)	4 (10%)
No aplica para revisión sistemática				
<b>Tamaño de la muestra</b>				
0-500	12 (63%)	2 (14%)	9 (100%)	23 (55%)
501-1999	1 (5%)	4 (29%)	0 (0%)	5 (12%)
2000-4999	4 (21%)	5 (35%)	0 (0%)	9 (21%)
> 5000	2 (11%)	3 (22%)	0 (0%)	5 (12%)
No específica.	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
No aplica para RS	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
<b>Sexo</b>				
Mayor porcentaje de mujeres (a)	8(42%)	10 (72%)	4 (45%)	22 (52%)
Mayor porcentaje de hombres(a)	1(5%)	1 (7%)	3 (33%)	4 (10%)
Similar porcentaje entre ambos sexos (b)	7(37%)	2 (14%)	0 (0%)	10 (23%)
No específica	0 (0%)	1 (7%)	1 (11%)	2 (5%)
No aplica para Rev. sistemática.	3(16%)	0 (0%)	1 (11%)	4 (10%)

**Anexo 4.** Muestra clasificada por nacionalidad (continente/s o etnia/s) por término de búsqueda.

<b>Categoría</b>	<b>Inmigrantes N=19</b>	<b>Etnia N=14</b>	<b>Refugiados N=9</b>	<b>Total N=42</b>
<b>Continentes</b>				
Europa	2(13%)	0 (0%)	0 (0%)	2(5%)
Asia	2(13%)	0 (0%)	2 (22%)	4(10%)
Latinoamérica	2(13%)	1 (100%)	0 (0%)	3 (7%)
África	0 (0%)	0 (0%)	2 (22%)	2(5%)
Más de 2-4 continentes: (menor presencia de AL)	5(33%)	0 (0%)	4 (44%)	9(21%)
No especifica (a)	1(8%)	0 (0%)	0 (0%)	1(2%)
No aplica para RS	3(20%)	0 (0%)	1(12%)	4(10%)
<b>ETNIA</b>				
Negros	0 (0%)	1 (8%)	0 (0%)	1 (2%)
Hispánicos	0 (0%)	1 (8%)	0 (0%)	1(2%)
Negros+Blancos	0 (0%)	1 (8%)	0 (0%)	1(2%)
Negros+ Asiáticos	0 (0%)	1 (8%)	0 (0%)	1 (2%)
Negros+Blancos+Una o más etnias diferentes	4 (100%)	7 (54%)	0 (0%)	11 (27%)
Otros (b)		2 (14%)	0 (0%)	2 (5%)

(a) Consideramos como “no especifica” los artículos que no explicitan país o continente de origen de las unidades de la muestra, como también aquellos que solo indican la procedencia de una parte de la muestra.

(b) Consideramos como “otros” los artículos que indiquen etnias diferentes a las categorizadas.