Análisis económico del coste de la ampliación cartera de salud bucodental para personas adultas mayores de 65 años

Mayo 2025



DONTE GROUP

Cuidamos tu salud bucodental

ÍNDICE

04 INTRODUCCIÓN

05 CAPÍTULO 1:
ENVEJECIMIENTO DEMOGRÁFICO Y ESTADO DE LA SALUD BUCODENTAL DE LOS ADULTOS MAYORES EN ESPAÑA

06 1. Cambio demográfico y envejecimiento de la población española

13 2. Estado de la salud bucodental de los adultos mayores de 65 años en España
- 2.1. El estado de la salud bucodental de las personas mayores de 65 años en España
- 2.1.1. Presencia y prevalencia de caries
- 2.1.2. Enfermedades periodontales
- 2.1.3. Estado y necesidad de prótesis
- 2.1.4. Hábitos y percepciones sobre la salud bucodental
- 2.1.5. Conclusiones

31 CAPÍTULO 2:
SALUD BUCODENTAL Y SALUD GENERAL

EN LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES
32 1. Las múltiples interrelaciones entre la salud bucodental y la salud general: un universo aún por descubrir

35 2. Consecuencias de una pobre salud bucodental en las personas adultas mayores

39 3. Las enfermedades bucodentales más frecuentes entre los adultos mayores

45 CAPÍTULO 3:
LA ATENCIÓN BUCODENTAL DE LOS ADULTOS MAYORES EN ESPAÑA

47 1. El sistema atención bucodental para los adultos mayores en España: todo por construir desde el sector público

52 2. Estructura del gasto en sanidad y servicios bucodentales en España

59 CAPÍTULO 4:
LOS PROBLEMAS DE ACCESIBILIDAD EN SALUD BUCODENTAL DE LOS ADULTOS MAYORES EN ESPAÑA

61 1. Los problemas de la accesibilidad de los adultos mayores: una nueva dimensión de la desigualdad

62 2. Los problemas de inaccesibilidad por motivos económicos

70 3. Los problemas de inaccesibilidad por motivos de dependencia y autonomía de los adultos mayores

73 CAPÍTULO 5:
UNA ESTIMACIÓN DE COSTES PARA LA AMPLIACIÓN DE LA ASISTENCIA BUCODENTAL PARA LOS ADULTOS MAYORES

75 1. Actualización de la estimación de costes para el caso de una ampliación universal de la asistencia bucodental.

79 2. Estimación de costes para una ampliación de la asistencia bucodental para los adultos mayores bajos diversas hipótesis de priorización dentro del colectivo.

2.1. Ampliación para el total de la población mayor de 65 años
2.2. Ampliación para la población mayor de 65 años dividida en dos cohortes: población entre 65 y 79 años y población de 80 y más años
2.3. Ampliación para la población entre los 65 y los 84 años con proble mas de inaccesibilidad por motivos económicos
2.4. Ampliación para la población de adultos mayores ingresada en centros residenciales

95 CONCLUSIONES

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, el proceso de envejecimiento demográfico ha adquirido una relevancia sin precedentes en el contexto de las sociedades desarrolladas, y España no es una excepción a esta dinámica.

Las proyecciones demográficas indican que, en un horizonte de apenas tres décadas, más del 30% de la población española superará los 65 años, situando al país entre los más envejecidos del mundo.

Este fenómeno, producto del aumento sostenido de la esperanza de vida y del descenso de las tasas de natalidad, comporta transformaciones estructurales profundas en todos los sistemas de protección social, siendo el sistema sanitario uno de los más directamente afectados.
Dentro de este marco, la salud bucodental de las personas mayores se erige como una cuestión crítica pero aún insuficientemente abordada en el diseño e implementación de las políticas públicas de salud.

A pesar de la creciente evidencia científica que demuestra las múltiples interrelaciones entre la salud oral y la salud general —particularmente en lo que respecta a enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes, las patologías cardiovasculares o las enfermedades neurodegenerativas—, la atención bucodental continúa siendo un ámbito marginal dentro del Sistema Nacional de Salud. Esta situación se traduce en una alta prevalencia de enfermedades orales no tratadas entre las personas adultas mayores, con impactos significativos tanto en su calidad de vida como en el coste sanitario agregado.

El presente informe se enmarca en la necesidad de abordar esta problemática desde una perspectiva multidimensional. En particular, se propone realizar una evaluación del estado de la salud bucodental de los mayores de 65 años en España, identificando las principales patologías prevalentes, los determinantes sociales que condicionan su distribución, y las barreras estructurales, económicas y funcionales que dificultan el acceso equitativo a los servicios odontológicos.

CAPÍTULO 1

Envejecimiento demográfico y estado de la Salud Bucodental de los adultos mayores en España

1. Cambio demográfico y envejecimiento de la población española

La estructura por edades de la población en España ha experimentado cambios significativos en las últimas décadas, reflejando transformaciones muy importantes en las condiciones de vida y en la dinámica demográfica del país.

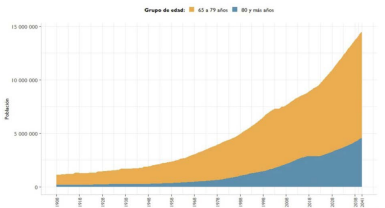
Así, según los Censos de Población y Vivienda del Instituto Nacional de Estadística (INE), en 1981, el 27,4% de la población española tenía menos de 16 años, mientras que el 11,2% superaba los 65 años. Sin embargo, para 2021, el porcentaje de personas menores de 16 años había disminuido al 15,2%, mientras que el de 64 años y más alcanzó el 19,8%, evidenciando una clara tendencia al envejecimiento poblacional.

Este proceso reviste una dinámica muy acelerada si se tiene en cuenta que, a 1 de enero de 2023 y según los datos de la Estadística Continua de Población del INE, residían en España más de 9,5 millones de habitantes (9.687.776) con 65 o más años, lo que suponía el 20,1% de la población, el máximo histórico jamás alcanzado.

Hay que tener en cuenta que no solo se trata de una dinámica de envejecimiento acelerado de la población sino también de sobreenvejecimiento. Así, en 2023, la proporción de habitantes de 80 y más años era ya el 6% (mientras que en 1975 era del 1,6%) y la de mayores de 90 representaba el 1,3% (del 0,6% en ese mismo año).

Además, las proyecciones del INE indican un panorama de envejecimiento progresivo de la población mucho más acelerado para los próximos cincuenta años: el porcentaje de población de 65 años y más alcanzaría un máximo del 30,5% en torno a 2055; mientras que en 2074 este porcentaje se situaría en el 30,3% (Gráfico 1).

Gráfico 1. Población de 65 y más años. España 1908-2041.



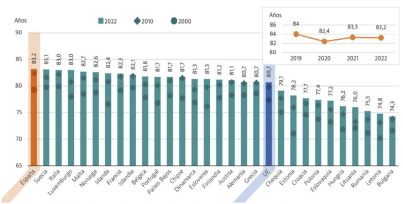
Fuente: Pérez Díaz et alli (2024)

Es más, según la proyección del INE (2023-2041), en 2041 se podría llegar a más de 14,5 millones de personas mayores, esto es, un 27,9% del total de la población. Además, dentro de 15 años, la población de 80 y más años habría crecido en un 47,5%, al pasar de cerca de 3 millones en 2024 a 4,35 millones en 2039. Es más, el número de personas centenarias prácticamente se habrá triplicado y superarán los 46.000 frente a los cerca de 17.000 de 2024.

Todo ello es producto de una mayor esperanza de vida: en 2022, la esperanza de vida al nacer era de 83,08 años, aunque había una diferencia significativa entre la de los hombres (80,36) y la de las mujeres (85,74). Este incremento en la esperanza de vida, que se ha producido de forma continuada durante todo el siglo XX y lo transcurrido del siglo XXI obedece, en gran medida, al descenso de la mortalidad infantil gracias a los avances en materia sanitaria, económica y de hábitos de vida.

Así, según recoge la OCDE (2023), la esperanza de vida al nacer en España era de 83,2 años en 2022, más de dos años por encima de la media de la Unión Europea (Gráfico 2) . En 2010, España ya tenía la esperanza de vida más alta de la Unión, y esta siguió aumentando a un ritmo ligeramente superior que la mayoría del resto de países de la UE durante el siguiente decenio. En 2019, la esperanza de vida alcanzó un máximo histórico de 84 años, para luego descender temporalmente en más de 1,5 años en 2020 como consecuencia de los fallecimientos producidos por la pandemia de COVID 19.

Gráfico 2. Esperanza de vida en España y en el resto de la UE



Notas: la media de la UE es ponderada. Los datos de 2022 son estimaciones provisionales de Eurostat que pueden diferir de los datos nacionales y pueden revisarse. Los datos correspondientes a Irlanda se refieren a 2021.

Fuente: OCDE (2023)

[1] *OCDE: State of Health in the EU. España. Perfil sanitario nacional 2023.*

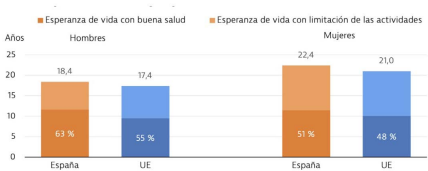
Pero no se trata solo de que haya aumentado la esperanza de vida en términos generales, es que también se ha alargado la esperanza de vida a partir de los 65 años. De esta forma, una persona a los 65 años puede esperar vivir una media de 21 años más, con una diferencia a favor de la mujer de casi tres años con respecto al hombre (22,96 años para la mujer frente a 19,06 años para el hombre).

En términos comparativos esto significa que la esperanza de vida a los 65 años de la población española se encuentra no solo entre las mayores de la Unión Europea sino también del resto del mundo.

Si a estos datos sobre esperanza de vida en términos absolutos se les añade una dimensión cualitativa, como es el estado de salud durante esos años, se obtendrá un índice compuesto que combina información sobre la mortalidad con información sobre la calidad de vida medida a través del estado de salud. Es el denominado indicador de esperanza de vida en buena salud y su incremento constituye uno de los objetivos básicos de la política sanitaria a nivel europeo.

En este caso, nuevamente España, además de tener una esperanza de vida superior a la media de la UE, se encuentra a la cabeza de ésta en esperanza de vida en buena salud y tanto los hombres como las mujeres españolas pueden esperar pasar una mayor proporción de sus vidas después de los 65 años sin discapacidad, en comparación con la media de la UE (Gráfico 3).

Gráfico 2. Esperanza de vida y esperanza de vida con buena salud a los 65 años



Fuente: OCDE (2023)

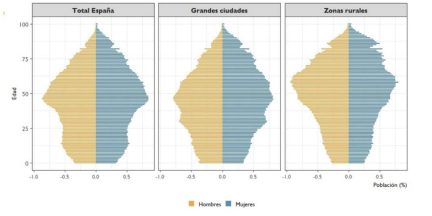
Desde la perspectiva de este indicador, el objetivo es tratar de que los años de vida saludable aumenten de forma más rápida que la propia esperanza de vida, lo que implicaría que las personas viven más años y, además, lo hacen con mejor salud.

Los datos de Eurostat para el año 2021 indicaban que la esperanza de vida en buena salud a partir de los 65 años es levemente inferior en las mujeres que en los hombres (10,3 años en las mujeres frente a 10,7 años en los hombres); expresados en términos porcentuales este dato es aún más llamativo: los hombres viven, a partir de los 65 años, un 55,7% de su tiempo en buena salud mientras que en el caso de las mujeres ese porcentaje es del 43,8% .

La resultante de estas dinámicas ha sido un incremento de la edad media de la población española. Así, en el año 2023 la edad media de la población era de 44,18 años, siendo 45,44 años para las mujeres y 42,87 para los hombres. Un dato que no deja de ser sorprendente si se tiene en cuenta que en 1975 la edad media era de 33 años y que, ya a partir de 2002, se situó por encima de los 40 años y desde entonces no ha dejado de crecer.

Por otra parte, hay que tener en cuenta que el envejecimiento de la población está concentrado territorialmente, siendo más pronunciado en las zonas rurales que en las grandes ciudades. Así, como se aprecia en las pirámides de población para el conjunto de España, para las grandes ciudades y para las zonas rurales para el año 2023, la estructura por edad en el mundo rural presenta un mayor envejecimiento y unos porcentajes muy bajos de niños, mientras que la pirámide del conjunto del país y la de las grandes ciudades se parecen más entre sí (Gráfico 3).

Gráfico 3. Comparativa de pirámides de población de España, grandes ciudades y España rural (en % y para 2023).



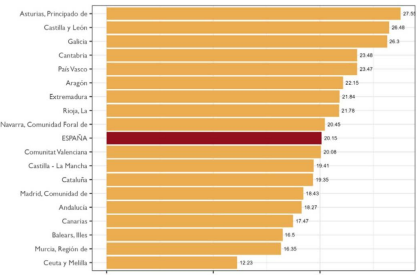
Fuente: Pérez Díaz et alli (2024)

[2] *Eurostat (2021). Encuesta de Condiciones de Vida.*

Pero además de esta concentración diferencial entre el mundo rural y el urbano también hay diferencias significativas a nivel de Comunidades Autónomas y, dentro de ellas, incluso entre provincias.

Así, si la proporción media de personas con 65 y más años en España se encuentra en el 20,1%, por encima de este porcentaje se encuentran las comunidades autónomas de Asturias, Castilla y León, Galicia, País Vasco, Cantabria, Aragón, Extremadura, La Rioja y la Comunidad Foral de Navarra; mientras que en el lado opuesto se sitúan Baleares y Murcia con proporciones del 16% (Gráfico 4).

Gráfico 4. Proporción de personas con 65 y más años a nivel autonómico (2023)



Fuente: Pérez Díaz et alii (2024)

Mientras que, a nivel provincial, el contraste es evidente entre las provincias del noroeste peninsular, mucho más envejecidas, con respecto al resto. Igualmente, también se aprecia la diferencia en las provincias de la mitad norte del país con respecto a las de la mitad sur (Gráfico 5).

Gráfico 5. Porcentaje de personas con 65 y más años a nivel provincial (2023)



Fuente: Pérez Díaz et alli (2024)

Estas diferencias territoriales, en la medida en que las competencias en materia sanitaria se encuentran transferidas a nivel autonómico, deben ser tenidas en consideración a la hora de calibrar el impacto que los mayores niveles de envejecimiento diferencial ejercerán sobre los presupuestos sanitarios autonómicos, así como sobre la necesidad de desarrollar una estrategia en materia de atención y cuidados orientada a una población objetivo que no solo es más amplia sino que, además, presenta un perfil diferente en función de si vive en las medianas y grandes ciudades o de si vive en el entorno rural. Este panorama demográfico de envejecimiento poblacional acelerado también se constata a nivel europeo.

La Unión Europea enfrenta tasas de fertilidad históricamente bajas, junto con una creciente esperanza de vida, lo que da como resultado un proceso de envejecimiento de la población cada vez más intenso .

Así, en 2020, el 21 % de la población de la UE tenía 65 años o más, frente al 16 % en 2001, lo que supone un aumento de 5 puntos porcentuales y esa tendencia es común a todos los países de la UE.

Pero, además, la longevidad también se va ampliando en todos los países. Las personas de 80 años o más, que en 2001 representaban el 3,4% de la población europea, en 2020 suponen ya casi el 6 %, lo que significa que el porcentaje prácticamente se ha duplicado durante este periodo.

[3] *https://www.ine.es/prodyser/demografia_UE/bloc-1c.html?lang=es*

Por otro lado, la proporción de jóvenes (de 0 a 19 años) en la UE era del 20 % en 2020, lo que supone un descenso de 3 puntos porcentuales respecto al 23 % de 2001.

En cuanto a los niños y adolescentes, su porcentaje en la población de la UE ha disminuido en las dos últimas décadas. En 2020, el 15 % de la población tenía menos de 14 años, frente al 17 % en 2001. En el caso de las personas de 15 a 19 años, su porcentaje era del 5 % de la población de la UE en 2020, frente al 6 % de 2001, esto es, un descenso de 1 punto porcentual.

Todo esto ha provocado un incremento paulatino de la edad mediana de la población europea: si en 2001 era de 38 años, en 2010 ya era de 41 años y en 2020 fue de 44 años. En cuanto a la edad media, se espera que esta aumente en 10 años, de 42 a 52 años, entre 2020 y 2050.

Todos estos cambios demográficos plantean importantes retos y oportunidades tanto para la sociedad española como para la europea, exigiendo una adaptación del conjunto de las políticas públicas que aborde las necesidades diferenciales de una población que envejece rápidamente y que garantice la mejor calidad de vida posible para todos los grupos de edad.

Evidentemente, dentro de esas políticas públicas ocupan un lugar preferente las relacionadas con la salud y los cuidados de los mayores, máxime cuando este incremento tan significativo en la esperanza de vida comporta importantes impactos sobre cuestiones relacionadas con la salud, desde el coste de la atención al propio cambio en el diseño de las políticas para conseguir que el incremento en la esperanza de vida vaya de la mano de unas buenas condiciones de vida.

En definitiva, puede afirmarse que estos cambios demográficos constituyen el contexto en el que debe plantearse el análisis de las condiciones de salud bucodental de los adultos mayores y de las políticas para garantizarla. Y ese planteamiento debe de tener en cuenta que los efectos de una mejor salud bucodental para los adultos mayores no se limitan a ese ámbito específico de la salud sino que repercuten de forma significativa sobre otras dimensiones de ésta, así como sobre aspectos personales y sociales estrechamente relacionados con la posibilidad de desarrollar una vida digna.

Pero, para ello, es preciso enfocar estas transformaciones a partir del análisis de la situación en la que se encuentra la salud bucodental de las cohortes etarias de adultos mayores en España.



2. Estado de la salud bucodental de los adultos mayores de 65 años en España

Las encuestas sobre salud bucodental, ya sean nacionales o de ámbito territorial inferior, son los principales instrumentos que las autoridades sanitarias tienen para conocer el estado de la salud bucodental de la población.

Su finalidad es proporcionar una idea de conjunto sobre varias cuestiones fundamentales:

- el estado de la salud bucodental de la población;
- el grado en el que los servicios odontológicos existentes responden a las necesidades de la población;
- la naturaleza y cuantía de los servicios de prevención y restauración necesarios;
- los recursos necesarios para implantar, mantener, aumentar o reducir los programas de salud bucodental, estimando las necesidades cuantitativas y el tipo de personal requerido para dichos programas .

En España se vienen realizando encuestas epidemiológicas de ámbito nacional y con valor comparativo de forma periódica cada cinco años desde el año 1990, siendo la última de 2020 y estando en campo la de 2025, lo que permite disponer de información fiable y comparable sobre la evolución del estado de salud oral de la población española durante una serie temporal de cierta relevancia.

Las encuestas se realizan con una metodología unificada y son patrocinadas por el Consejo General de Dentistas, bajo la dirección técnica de la Sociedad Española de Epidemiología y Salud Pública Oral (SESPO), si bien hay que tener en cuenta que estas encuestas analizan una realidad que viene muy marcada por el marco institucional desde el que se realiza la prestación de servicios de la Cartera Común de Servicios en materia de salud bucodental por parte de las distintas Comunidades Autónomas.

Pero, además, algunas Comunidades Autónomas también realizan sus propias encuestas existiendo algunas que las vienen realizando de forma periódica desde los años 80 (Andalucía, Canarias, Cataluña, Navarra, Comunidad Valencia o País Vasco) y otras que, o bien no las han realizado o hace mucho que las hicieron (son los casos de Madrid, que no la realiza desde 2015-2016; Murcia o La Rioja).

En todo caso, uno de los problemas con las encuestas autonómicas es que no siempre utilizan la metodología recomendada por la Organización Mundial de la Salud en su manual "Oral Health Survey. Basic Methods". La consecuencia es que los resultados son difícilmente comparables entre sí y con los de las encuestas nacionales, por lo que su utilización en términos de análisis comparativo es cuestionable.

En cualquier caso, y teniendo en cuenta dichas limitaciones, estas encuestas describen una situación caracteriza por una serie de rasgos básicos que se enuncian a continuación y que serán desarrollados a lo largo de este diagnóstico.

---

[4] Bravo Pérez et alli (2016): Encuesta de Salud Oral en España 2015. RCOE, Vol. 21, suplemento 1, junio 2016.
[5] El primer estudio nacional sobre prevalencia de enfermedades bucales se realizó en 1971, aunque su utilidad comparativa es limitada porque, posteriormente, se modificó la metodología y se adaptó a la propuesta por la OMS. Posteriormente, en 1983, el Ministerio de Sanidad y Consumo encargó a la OMS un informe sobre la salud bucodental en nuestro país. En 1990 se publicó el tercer estudio a partir de la tercera encuesta nacional y desde entonces se vienen realizando cada cinco años con idénticos criterio de diseño, tamaño muestral y preparación de los exploradores, lo que permite su comparación temporal.

El primero es que resulta sorprendente que, siendo el Sistema Nacional de Salud el actor que debería estar más interesado en la realización periódica de encuestas epidemiológicas para conocer el estado de la salud bucodental de la población española para poder desarrollar políticas públicas, corresponde esa iniciativa al sector privado.

En segundo lugar, de esas encuestas también se puede constatar que España presenta una gran heterogeneidad en la forma en la que se implementan los programas de salud oral dentro de su territorio. Esto da lugar a un grado significativo de inequidad y desigualdad entre la ciudadanía en términos de cobertura e intensidad de esta.

En tercer lugar, aunque las prestaciones públicas se limitan a actividades preventivas y restauradoras para el caso de los escolares, mujeres embarazadas y personas con elevados niveles de discapacidad el grado de cumplimiento por parte de las autoridades públicas responsables de las Comunidades Autónomas es muy desigual.

En cuarto lugar, apenas existe cobertura para las personas adultas, incluidos los adultos mayores, dentro del sistema público. Más allá de las extracciones dentales, diagnósticos, biopsias y pequeñas cirugías cordales el resto de tratamientos debe de ser sufragado por la ciudadanía en dentistas y clínicas privadas y ello introduce también fuertes grados de desigualdad y problemas de accesibilidad en función del nivel social de la población.

En quinto lugar, la desigualdad en los tratamientos y prestaciones entre Comunidades Autónomas, pero también en la información que éstas publican sobre las intervenciones realizadas y los resultados obtenidos, hace prácticamente imposible la realización de análisis de eficiencia e impacto del escaso gasto público.



2.1. El estado de la salud bucodental de las personas mayores de 65 años en España

La evolución de la salud bucodental en España en términos generales se puede conocer con cierta profundidad gracias a la serie de encuestas nacionales realizadas desde inicios de los años 90.

Los resultados de esas encuestas ponen de manifiesto que la salud bucodental de la población española ha mejorado de forma manifiesta desde los años ochenta, coincidiendo con la generalización de los dentífricos fluorados. La serie muestra que la mejoría más importante se produjo durante los años 80 y 90 del siglo pasado y, a partir de ese momento, lo que se produce es una mejoría selectiva en algunos indicadores concretos junto a una estabilización general para el conjunto de la población, tanto infantil y juvenil como para los adultos.

De hecho, los estudios de análisis comparativo de los datos de esas encuestas muestran, por ejemplo, que el índice CAOD a los 12 años de edad, que es la edad de referencia recomendada por la OMS para valorar la evolución de caries en una comunidad, refleja una caída desde 4,20 en 1984 a 1,12 en 2000 y, a partir de ahí, una estabilización en 0,58 en 2020 . El mismo patrón de mejora y estabilización se produjo en esos años entre las cohortes adultas y, actualmente, el índice CAOD entre los adultos mayores entre los 65 y los 74 años se encuentra en 14,99.

Hay que tener en cuenta que el índice CAOD es la herramienta de evaluación más común y se viene utilizando desde hace prácticamente un siglo. Este índice mide la condición de los dientes en función de si están (CA)riados, (A)usentes u (O)bturados. El número total de dientes afectados por cualquiera de los estados se suma posteriormente para dar una puntuación compuesta que otorga una comprensión de la experiencia de caries pasada, de las intervenciones que se han producido y de las que serían necesarias. Así, si la relación entre el número de caries activas (CA) y el índice CAOD se aproxima al valor 1 se puede deducir que el nivel de acceso a los servicios bucodentales es muy deficiente.

Otra característica interesante de este índice es su no reversibilidad: una vez que un individuo presenta una puntuación específica no puede volver a un valor inferior. En este sentido, se trata de un índice unidireccional y, aunque su valor final solo puede aumentar, sí que puede modificarse su composición interna. Así, un diente cariado que sea atendido podría cambiar su estatus a obturado o a ausente, pero la puntuación total del índice no se modificaría.

Estas características de no reversibilidad y unidireccionalidad permiten utilizar el índice para elaborar proyecciones que posibilitan la planificación de la atención por parte de los servicios sanitarios. Así, una muestra de población de 50 años que tuviera un índice CAOD de 10, toda ella compuesta por el componente de dientes perdidos, probablemente tendrá un conjunto de necesidades clínicas muy diferente dentro de 10 años, cuando tengan 60 años, en comparación con una población en la que el valor del índice viniera determinado porque todos los dientes estuvieran ya obturados.

---

4 "Encuesta poblacional: la salud bucodental en España 2020". Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España.

A modo de síntesis de la evolución de la salud oral diagnosticada de la población mayor de 65 años a lo largo de los últimos veinte años se ha sintetizado en la Tabla 1.

Tabla 1. Evolución de indicadores básicos de salud oral diagnosticada de las personas mayores (65-74 años) entre 1993 y 2020 (en %)

	1993	2000	2005	2010	2015	2020
Cod/CAOD>0	96,0	98,5	99,8	94,2	99,5	99,8
Cariados > 0	58,9	47,2	47,2	43,5	46,7	40,1
Índice Restauración	3,3	6,5	9,6	12,3	18,4	21,6
Edéntulos	ND	23,4	16,8	ND	10,6	

Fuente: Elaboración propia a partir de la "Encuesta de Salud Oral 2020"

En ella puede apreciarse una clara mejoría en la salud bucodental de las personas mayores de 65 años expresada en la mayor parte de los indicadores seleccionados.

Así, por un lado, la prevalencia de la enfermedad afecta prácticamente a la totalidad de la muestra de personas mayores de 65 años, si bien hay que resaltar que la mayor parte del índice CAOD obedece a la existencia de dientes ausentes y estos dientes ausentes y para esta cohorte de edad puede responder a causas distintas a la caries. En consecuencia, esto significa que el índice CAOD en estas edades no refleja solo la historia de caries, sino una combinación de caries y otras causas que puede provocar pérdida dental .

Por otro lado, la prevalencia de caries activa ha caído en más de 18 puntos a lo largo del periodo, lo que pone de manifiesto la mayor sensibilidad ante los problemas de salud bucodental y el mayor peso que han ido adquiriendo los tratamientos de salud bucodental, tanto preventiva como reparadora, entre la población de adultos mayores. En concreto, durante ese mismo período el índice de restauración ha aumentado también en 18 puntos porcentuales. Finalmente, el porcentaje de edéntulos en los 20 años transcurridos entre las encuestas de 2000 y 2020 se ha reducido en más de 16 puntos, indicando una clara tendencia en la importancia que se la ha atribuido a la salud bucodental y en el tratamiento de las enfermedades bucodentales para intentar mantener el mayor número piezas dentales durante la mayor cantidad de tiempo de vida posible.

A continuación se entrará al detalle del estado de la salud bucodental de las personas mayores de 65 años explorando los datos ofrecidos por la Encuesta de Salud Oral en España 2020, la última disponible hasta que en 2025 se publique la correspondiente a este lustro.

[7] *Bravo et alli (2020): Encuesta de Salud Oral en España 2020. RCOE (2020), vol.24, n.4, pag. 55.*

2.1.1. Presencia y prevalencia de caries

Los datos recogidos en la Tabla 2 muestran que la caries es una enfermedad prácticamente inevitable y que, ineludiblemente y con mayor o menor intensidad, se va a presentar a lo largo de la vida de cualquier persona: el porcentaje de personas que han presentado historia de caries (sintetizado en un índice cod/CAOD>0) es del 99,8% de los adultos mayores.

Ahora bien, esos niveles de registro histórico de caries no se corresponden con el porcentaje de la población adulta que presenta caries activas. Mientras que, entre los adultos jóvenes, el porcentaje de personas que presentan caries activas es del 31,9%, entre adultos mayores es del 40,1%, es decir, casi la mitad de la población adulta mayor y más de un tercio de los adultos jóvenes necesitan tratamiento odontológico al menos solo por esta enfermedad.

Tabla 2. Prevalencia e índices medios de caries

Edades	%cod/CAOD >0	%cod/CAOD >0	Caries	Ausencias	Obturaciones	IR (%)
35-44 años	93,8%	31,9%	0,81	1,92	4,67	63,1%
65-74 años	99,8%	40,1%	1,05	10,70	3,24	21,6%

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Salud Oral en España 2020.

Por su parte, el Índice de Restauración muestra porcentajes elevados entre los adultos jóvenes y cae significativamente entre los adultos mayores por el deterioro progresivo de las piezas dentales (entre los adultos entre 65-74 años el índice CAOD>10 es del 75,7%).

Por otra parte, el análisis de los dientes presentes entre adultos jóvenes y mayores también permite comprobar cómo se ha ido enfrentando la caries por las distintas cohortes poblacionales a lo largo de su vida (Tabla 3).

Así, el grupo de adultos jóvenes presenta una media de 26,04 dientes (sobre un máximo de 28) y la pérdida dental grave (16 ó más dientes ausentes) afecta solo al 0,5% de esa población. Los datos para los adultos mayores evidentemente son peores: la media de dientes presentes es de 16,02; la pérdida dental grave afecta al 72,5% de la población y existe casi un 7,3% de esas personas que son desdentadas totales, con todo lo que ello supone en término de deterioro de sus condiciones de vida.

Tabla 3. Dientes presentes y ausentes

Edades	Media dientes naturales presentes	Distribución dientes permanentes ausentes			% desdentados
		1-15	16-19	>20	
35-44 años	26,04	55,1 %	0,2 %	0,3 %	0,2 %
65-74 años	16,02	72,5 %	9,5 %	16,0 %	7,3 %

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Salud Oral en España 2020.

Otra cuestión que la Encuesta permite poner de manifiesto es la distribución de la enfermedad, puesto que a partir de la misma pueden deducirse las **necesidades latentes de la población mayor** en materia de salud bucodental (Tabla 4).

El perfil de los tratamientos necesarios es similar tanto entre los adultos jóvenes como entre los mayores: en torno a un 20% de la población adulta necesita algún tipo de obturación, ya sea superficial o compleja.

Pero, además, resulta sorprendente el porcentaje de población adulta que presenta necesidades de extracción de algún diente (9,2% para adultos jóvenes y 16,6% para adultos mayores), habida cuenta de que es el único tratamiento que presta el sistema público sin coste y que, sin embargo, hay parte de la población que no recurre al mismo.

Evidentemente, las necesidades restauradoras son mayores para la población mayor de 65 años que para la de adultos jóvenes, con casi un 35% de la población con necesidad de algún tipo de tratamiento restaurador.

Tabla 4. Necesidades de tratamiento dental

Edades	Obt. Superficial (1)	Obt. Compleja (2)	Corona (3)	Endo-doncia (4)	Extracción (5)	Total restauradora (1+2+5)
35-44 años	17,6 %	16,8 %	1,6 %	4,7 %	9,2 %	30,9 %
65-74 años	22,7 %	17,4 %	1,4 %	3,0 %	16,6 %	34,8 %

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Salud Oral en España 2020.

Otra cuestión esencial de cara al diseño de las políticas públicas y la búsqueda de la máxima eficiencia económica y social en el impacto de las mismas es conocer la prevalencia de la enfermedad, lo que permite determinar la asignación de los recursos a la búsqueda de un mayor impacto en términos de mejora en las condiciones de salud.

En este sentido, la Encuesta de Salud Oral ofrece algunos elementos interesantes que conviene resaltar en la medida en que analiza la prevalencia de la caries en función del sexo, nivel social y de si son personas inmigrantes o no.

Así, según se aprecia en la Tabla 5, aunque para el resto de cohortes de edad que integran la muestra de la Encuesta de Salud Oral existe una correlación clara entre el nivel social y la prevalencia de caries, en el caso de los adultos mayores esa correlación se difumina: casi toda la población adulta mayor ha sufrido en mayor o menor intensidad algún episodio de esta enfermedad con independencia de su estrato social. Esta circunstancia se da también para el caso de la población entre 35-44 años, donde casi el 94% de la población ha tenido algún episodio de caries.

Tabla 5. Prevalencia e índice de caries por sexo, nivel social y país de nacimiento

	Cod/ CAOD>0	c/C>0	Caries	Ausente	Obt.	IR (%)
65-74 años	99,8	40,1	1,05	10,70	3,24	21,6
Varones	100,0	43,0	1,30	11,38	2,74	17,8
Mujeres	99,6	37,6	0,84	10,14	3,65	24,9
N. Social Alto	100,0	23,3	0,45	8,58	4,73	34,4
N. Social Medio	100,0	28,7	0,80	8,99	4,33	30,7
N. Social Bajo	99,7	46,9	1,24	11,54	2,66	17,2
Nace España	99,8	39,6	1,05	10,64	3,26	21,8
Nace Extranjero	100,0	52,2	1,04	11,65	2,87	18,4

Fuente: Elaboración propia a partir de la "Encuesta de Salud Oral 2020"

Por lo tanto, la prevalencia de la enfermedad aumenta conforme lo hace la edad de los encuestados para todos los estratos sociales, aunque hasta llegar a la cohorte de los adultos mayores, la prevalencia crece más entre las personas de nivel social bajo que entre los de nivel social alto. Esa influencia del estrato socioeconómico sobre la prevalencia de la enfermedad desaparece entre las personas mayores: a esas edades ya prácticamente toda la población ha sufrido episodios de caries.

Sin embargo, en el caso de la prevalencia de caries activas, el gradiente socioeconómico sí es una variable relevante entre los adultos mayores: la prevalencia de las caries activas de las personas del nivel social bajo duplica las del nivel social alto (esta misma relación se da también para el caso de los adultos jóvenes). Evidentemente, esto significa que, aunque la enfermedad afecta a todos los estratos socioeconómicos por igual, hay un gradiente socioeconómico que claramente afecta a la capacidad/posibilidad de tratarla.

Igualmente, también hay diferencias significativas en la prevalencia de caries activa entre las personas adultas mayores en función del sexo (los hombres presentan una prevalencia casi 6 puntos porcentuales más alta que la de las mujeres).

Como también hay diferencias significativas en función del país de nacimiento: las personas nacidas en España presentan una prevalencia casi 13 puntos más baja que las personas nacidas fuera de España.

En definitiva, puede afirmarse que tanto entre los adultos jóvenes como entre los adultos mayores las tendencias son las mismas: se estabiliza la prevalencia y desaparece la diferencia de este factor en función de la clase social pero sigue existiendo una clara diferencia en términos de caries activas en función de la clase social, el sexo y el país de nacimiento.

Estos datos son indicativos de que la desigualdad en el acceso a los tratamientos y la sensibilidad sobre el reconocimiento de la caries como una enfermedad estaría condicionando la desigualdad en su prevalencia.

Esta afirmación queda respaldada a partir del análisis de los **índices de caries** (en media) y del índice de restauración: para todos los grupos etarios el **índice de restauración** se ve influido por el nivel social, siendo más alto cuanto más elevado es éste.

Así, el índice de restauración de las personas mayores de nivel social alto duplica el de las personas de nivel social bajo; es más elevado también entre las mujeres que entre los hombres, lo que se traduce, a su vez, en que aquellas tienen un menor porcentaje de prevalencia de caries activas y es también superior entre las personas nacidas en España frente a las nacidas en el extranjero.

Por su parte, con el índice de dientes ausentes entre las personas mayores ocurre justamente lo contrario: es más bajo cuanto más alta es la clase social; más alto en los hombres que en las mujeres; y más bajo entre los nacidos en España que en los nacidos en el extranjero.

Así, en media, y según los datos de la Encuesta, un adulto mayor de nivel social alto presenta 19,38 dientes mientras que uno de nivel social bajo presenta 16,44 dientes, esto es, casi tres dientes más.

Por lo tanto, puede concluirse sin lugar a duda que existe una clara correlación entre nivel socioeconómico y caries entre las personas adultas mayores (65-74 años), presentándose una mayor patología en los niveles sociales más desfavorecidos.

Evidentemente, ello se traduce en **necesidades de tratamiento** muy diferentes entre cohortes en función de su nivel social (Tabla 6).

Tabla 6. Necesidades de tratamiento según sexo, nivel social y país de nacimiento (en %)

	Obt. Superficial	Obt. Compleja	Corona	Endodoncia	Extracción
65-74 años	22,7	17,4	1,4	3,0	16,6
Varones	23,3	19,7	2,2	3,6	17,9
Mujeres	22,1	15,5	0,7	2,6	15,5
N. Social Alto	16,7	5,0	1,7	1,7	6,7
N. Social Medio	17,0	12,8	1,1	4,3	10,6
N. Social Bajo	24,5	21,1	1,4	2,7	20,1
Nace España	22,1	17,0	1,3	3,0	16,8
Nace Extranjero	34,8	26,1	4,3	4,3	13,0

Fuente: Elaboración propia a partir de la "Encuesta de Salud Oral 2020"

Como puede comprobarse, para la cohorte de adultos mayores las necesidades son mayores cuanto más bajo es el nivel social; mayores también para los hombres con respecto a las mujeres y para los inmigrantes que para los nacidos en España.

2.1.2. Enfermedades periodontales

Además de la caries, la Encuesta de Salud Oral también analiza el estado de las enfermedades periodontales.

En la Tabla 7 aparecen los porcentajes de adultos mayores que presentan algunas de las enfermedades recogidas en cada uno de los códigos del Índice Periodontal Comunitario máximo.

La enfermedad periodontal más frecuente entre los adultos mayores son los cálculos dentales, con un 39,4% de adultos mayores que presentan ese tipo de patología, seguida de las bolsas de entre 4 y 5 milímetros (22,9%). En este caso, y según la propia Encuesta, la variable que mayor incidencia tiene sobre el Índice Periodontal Comunitario es el sexo, siendo superior el porcentaje de mujeres sanas (11,5% frente a 7,1% en el caso de los hombres) .

Lo que nuevamente resulta llamativo es que el 20,1% de los adultos mayores de nivel social bajo tienen necesidad de extracciones, lo que pudiera ser indicativo de que esperan la posibilidad de disponer de recursos para enfrentar un tratamiento recuperador en lugar de optar por la opción paliativa.

2.1.3. Estado y necesidad de prótesis

La Tabla 8 muestra el estado de las prótesis de los adultos mayores tanto en el maxilar inferior como en el superior. La Encuesta muestra que entre los adultos mayores el porcentaje de los que lleva algún tipo de prótesis es del 62,9% para el maxilar superior y del 50,4% para el maxilar inferior .

La diversidad de prótesis que los adultos mayores portan se amplía con respecto a otras cohortes: en el caso del maxilar superior, un 44% lleva ununa prótesis fija (puentes); también un 17,2% lleva una prótesis parcialmente removible y el 11,7% lleva una prótesis completa (los porcentajes para el maxilar inferior son 16,2%, 11,1% y 6,6%, respectivamente).

Tabla 7. Índice Periodontal Comunitario máximo (IPC)

IPC máximo 65-74 años	%
0 (Sano)	9,6
1 (Hemorragia)	16,5
2 (Cálculo)	39,4
3 (Bolsas 4-5 mm.)	22,9
4 (Bolsas > 6 mm.)	11,6

Fuente: Elaboración propia a partir de la "Encuesta de Salud Oral 2020"

Tabla 8. Distribución porcentual del estado de las prótesis (recodificado)

65-74 años	Maxilar superior	Maxilar inferior
Ninguna	37,1	30,5
Puente/s	34,0	16,2
Prótesis parcial removible	17,2	11,1
Prótesis completa	11,7	6,6

Fuente: Elaboración propia a partir de la "Encuesta de Salud Oral 2020"

Nuevamente, la cuestión de fondo son las necesidades latentes de prótesis que expresarían demandas insatisfechas de la población, máxime cuando se ha constatado que existe un gradiente socioeconómico en la prevalencia de caries y de caries, de caries activas y de tratamientos restauradores entre los adultos mayores.

En este sentido, según se recoge en la Tabla 9, el porcentaje de adultos mayores que requieren algún tipo de prótesis es del 38,8% para el maxilar superior y del 47,1% para el maxilar inferior. En esta cohorte las mayores necesidades de prótesis son las multiunitarias (entre el 21,2% y el 27,8% según el maxilar). La prótesis completa tan solo la requería el 2,5% de la población de esa edad en el caso del maxilar superior y el 2,9% en el caso del maxilar inferior.

Tabla 9. Distribución porcentual de la necesidad de prótesis

65-74 años	Maxilar superior	Maxilar inferior
Ninguna	61,2	52,9
Prótesis unitaria	12,2	12,7
Prótesis multiunitaria	21,2	27,8
Combinación uni- multiunitaria	2,9	3,7
Completa	2,5	2,9

Fuente: Elaboración propia a partir de la "Encuesta de Salud Oral 2020"

Una vez constatado el estado y la necesidad de prótesis resulta relevante determinar qué variables influyen sobre las mismas para conocer si existe o no un gradiente socioeconómico también en esta cuestión.

Nuevamente el nivel social surge como la variable determinante del estado de las prótesis en el sentido previsto, es decir, a mayor nivel social mejor estado y menor necesidad, aunque los resultados, según la metodología de la Encuesta, no son estadísticamente significativos (Tabla 10).

En todo caso, las variables que sí son estadísticamente significativas en relación con el estado de la prótesis es el país de nacimiento, variando en este caso sobre todo el tipo de prótesis, siendo en los nacidos en España el porcentaje de usuarios de prótesis fija cuatro veces superior a la de los nacidos en otro país. Además, en este grupo, el porcentaje de portadores de prótesis es superior en las mujeres que en los varones.

Por otro lado, el porcentaje de personas que no lleva ningún tipo de prótesis es mayor también entre las personas de mayor nivel social, lo cual resulta expresivo de la mejor atención y el mayor cuidado en materia bucodental que han practicado y de la que han podido disfrutar a lo largo de su vida.

[8] *Bravo et alli (2020): Encuesta de Salud Oral en España 2020.RCOE (2020), vol.24, n.4, Tabla 28.*
[9] *Bravo et alli (2020): Encuesta de Salud Oral en España 2020.RCOE (2020), vol.24, n.4, Tabla 32.*

Tabla 10. Estado de las prótesis (porcentual) por sexo, nivel social y país de nacimiento

	No	Puentes	Parcial	Completa
Más de 65-74 años	37,1	34,0	17,2	11,7
Varones	40,5	30,2	14,0	15,3
Mujeres	34,2	37,2	19,9	8,6
N. Social Alto	33,3	51,7	8,3	6,7
N. Social Medio	36,6	39,8	11,8	11,8
N. Social Bajo	40,3	29,0	18,3	12,4
Nace España	36,9	35,1	17,2	10,8
Nace Extranjero	43,5	13,0	13,0	30,4
Inferior 65-74 años	49,6	23,2	18,9	8,4
Varones	51,8	22,1	15,3	10,8
Mujeres	47,7	24,1	21,8	6,4
N. Social Alto	45,0	43,3	6,7	5,0
N. Social Medio	46,2	31,2	14,0	8,6
N. Social Bajo	52,4	17,2	20,7	9,7
Nace España	49,4	23,3	19,2	8,2
Nace Extranjero	56,5	17,4	13,0	13,0

Fuente: Elaboración propia a partir de la "Encuesta de Salud Oral 2020"

Y, en relación con la necesidad de prótesis, nuevamente la variable relevante vuelve a ser el nivel social: las necesidades son mayores para las personas de nivel social bajo y quienes menos necesidad tienen son las personas de nivel social elevado (Tabla 11).

Tabla 11. Necesidad de prótesis (porcentual) por sexo, nivel social y país de nacimient

	No	Unitaaria	Multiunitaria	Completa
Más de 65-74 años	61,2	12,2	24,1	2,5
Varones	57,0	10,9	28,5	3,6
Mujeres	64,8	13,3	20,5	1,5
N. Social Alto	75,0	11,7	13,3	0,0
N. Social Medio	63,7	15,4	18,7	2,2
N. Social Bajo	56,4	11,1	29,4	3,1
Nace España	61,5	12,1	23,8	2,6
Nace Extranjero	54,5	13,6	31,8	0,0
Inferior 65-74 años	52,9	12,7	31,5	2,9
Varones	50,9	12,7	33,2	3,2
Mujeres	54,6	12,6	30,2	2,7
N. Social Alto	65,0	15,0	18,3	1,7
N. Social Medio	51,6	13,2	31,9	3,3
N. Social Bajo	49,7	11,8	35,4	3,1
Nace España	52,7	12,9	31,4	3,1
Nace Extranjero	54,5	9,1	36,4	0,0

Fuente: Elaboración propia a partir de la "Encuesta de Salud Oral 2020"

Y, al mismo tiempo, hay una mayor necesidad de prótesis y, por lo tanto, la brecha en función del nivel social es más elevada para las necesidades de prótesis para el maxilar inferior que para el maxilar superior

Además, también el lugar de nacimiento (en España o fuera de España) presenta relación con la necesidad, siendo mayor para los nacidos fuera de España.

2.1.4. Hábitos y percepciones sobre la salud bucodental

Finalmente, cabe hacer algunas consideraciones sobre los hábitos de la población mayor en relación con la salud bucodental y su autopercepción sobre el estado de la misma.

Así, en primer lugar, la frecuencia del cepillado de dientes vuelve a poner de relieve las diferencias al interior de la población mayor de 65 años en función del sexo, del nivel social y del país de nacimiento (Tabla 12): las mujeres se cepillan más los dientes que los hombres; cuanto mayor es el nivel social más elevada es la frecuencia del cepillado y, curiosamente, son los nacidos fuera de España los que presentan una mayor frecuencia temporal de cepillado frente a los nacidos en España.

Tabla 12. Frecuencia (porcentual) de cepillado de dientes por sexo, nivel social y país de nacimiento

	Nunca	<1 semana	1/semana	1/día	>1 día
Más de 65-74 años	6,2	4,8	7,7	26,6	54,8
Varones	9,6	6,8	9,1	35,6	38,8
Mujeres	3,4	3,0	6,5	19,0	68,1
N. Social Alto	3,3	5,0	1,7	20,0	70,0
N. Social Medio	4,3	3,2	6,4	21,3	64,9
N. Social Bajo	7,7	4,9	9,5	28,8	49,1
Nace España	6,1	4,4	8,1	27,1	54,4
Nace Extranjero	8,7	8,7	0,0	17,4	65,2

Fuente: Elaboración propia a partir de la "Encuesta de Salud Oral 2020"

Nuevamente, el nivel social vuelve a ser la variable que mejor explica las diferencias en los hábitos.

Así, por ejemplo, mientras que el 49,1% de los adultos mayores de nivel social bajo se cepilla los dientes más de una vez al día, el porcentaje de quienes lo hacen con esa frecuencia entre los de nivel social alto es veinte puntos superior (70%).

Por su parte, los resultados de la encuesta realizada para la elaboración del Libro Blanco sobre la Salud Bucodental en España (2023) permite afirmar que el 35% de la población mayor de 66 años se cepilla los dientes 3 veces al día; el 47% lo hace dos veces al día y solo el 15% lo hace una vez al día. En todo caso, y más allá de las cifras concretas de las distintas encuestas, hay una evidencia clara y es que conforme aumenta la edad disminuye la calidad de la limpieza bucal diaria.

Con respecto a la percepción que la población tiene de su salud oral cabe destacar que, evidentemente, la percepción de dolor o molestia dentaria y/o gingival es más elevada conforme aumenta la edad: el 6,6% de la población mayor de 65 años afirma tener molestias dentarias con bastante frecuencia (Tabla 13). Además, nuevamente el nivel social es una variable determinante al respecto: a mayor nivel social mejor percepción de la salud oral y, por lo tanto, las personas de niveles sociales más bajos expresan con mayor frecuencia dolores y molestias que las de nivel social alto. Este patrón se repite en el mismo sentido cuando se trata de expresar las molestias dentales y/o gingivales para comer.

Tabla 13. Percepción de salud oral. Dolor/molestia por sexo, nivel social y país de nacimiento (en %)

	Nunca	Casi nunca	A veces	Bastante frecuente	Muy frecuente
Más de 65-74 años	58,7	16,0	17,5	6,6	1,2
Varones	54,4	19,8	16,6	6,5	2,8
Mujeres	62,2	13,0	18,1	6,7	0,0
N. Social Alto	59,3	18,6	16,9	3,4	1,7
N. Social Medio	63,4	17,2	14,0	3,2	2,2
N. Social Bajo	58,6	14,8	17,9	7,9	0,7
Nace España	58,8	16,4	16,8	6,7	1,3
Nace Extranjero	59,1	4,5	31,8	4,5	0,0

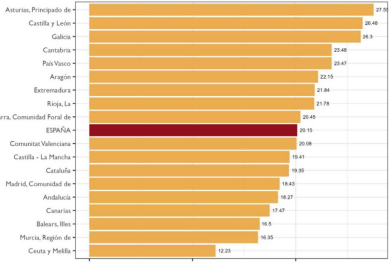
Fuente: Elaboración propia a partir de la "Encuesta de Salud Oral 2020"

[10] *También conocido como Encuesta Poblacional de la Salud Bucodental (2023).*

En todo caso, según el Libro Blanco (2023), el 43% de la población mayor de 66 años tenía la percepción de que su salud oral era buena o muy buena, lo que no es óbice para que el porcentaje de personas mayores de 66 años que manifiesta presentar algún tipo de enfermedad bucodental sea del 67% de la población, mientras el 33% restante manifestaron no presentar problemas de esa naturaleza (Gráfico 6).

Los principales problemas que manifestaron las personas mayores encuestadas fueron una elevada sensibilidad en los dientes y la necesidad de una prótesis o de sustituir alguna que ya tenían (el 19% para ambas dolencias); a continuación, el 17% de la población manifestó que tenía la necesidad de un implante y el 14% expresó problemas de sangrado de encías y bruxismo.

Gráfico 6. Presencia de problemas percibidos de salud oral de la población mayor de 66 años



Fuente: Libro Blanco de la Salud Bucodental (2023). Elaboración propia

Finalmente, en relación con la cuestión de hasta qué punto todos esos problemas se traducen en una mayor frecuencia de visitas al dentista es complicado llegar a una conclusión clara porque no hay un patrón definido y, según el cual, el mayor nivel social dé lugar a mayores visitas, aunque la explicación puede recaer en que al ser mejor su salud bucodental necesitan menor atención y una menor frecuencia de visitas, bastando con una revisión anual (Tabla 14).

Tabla 14. Frecuencia de visita al dentista en el último año por sexo, nivel social y país de nacimiento

	Nunca	>12 meses	1 vez	2 veces	3 veces o +
Más de 65-74 años	0,2	41,7	29,1	14,5	14,5
Varones	0,0	48,4	26,0	11,0	14,6
Mujeres	0,4	36,2	31,7	17,4	14,3
N. Social Alto	0,0	28,8	33,9	18,6	18,6
N. Social Medio	0,0	45,7	23,9	16,3	14,1
N. Social Bajo	0,3	45,1	27,1	13,5	13,9
Nace España	0,2	41,1	30,0	14,6	14,1
Nace Extranjero	0,0	52,2	13,0	13,0	21,7

Fuente: Elaboración propia a partir de la "Encuesta de Salud Oral 2020"

Sí que resulta evidente que las personas de nivel social elevado visitan a su dentista con una mayor frecuencia temporal que las de nivel social bajo porque el porcentaje de adultos mayores que no visitaron al dentista en el último año es superior entre los segundos.

Además, según el Libro Blanco sobre la Salud Bucodental (2015) también existe un patrón en relación con el tipo de motivos que justifican la visita en función de la edad: las personas mayores de 65 años acuden menos para realizar revisión o tartrectomía y más para implantes y prótesis.

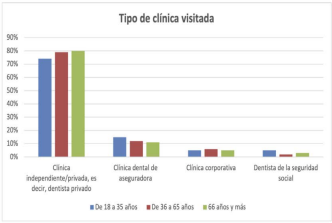
En el Libro Blanco (2023) no se recogía esta pregunta porque la encuesta se centraba, en gran medida, en el impacto que tuvo la pandemia de Covid sobre la visita a las clínicas odontológicas, más allá de los problemas concretos que justificaban la visita a la clínica.

En este sentido, es interesante destacar que el colectivo más afectado fue el de personas mayores de 66 años y que el principal motivo que alegaban para no acudir a la clínica era el temor al contagio de Covid. Esta situación se ha alargado en el tiempo y, prácticamente, el 74% de la población mayor de 66 años no ha recuperado la periodicidad de visitas que tenía antes de la pandemia.

Por otra parte, el 42% de la población de mayores de 66 años alegaron que la crisis económica había impactado de forma significativa en sus visitas a la clínica odontológica frente a un 35% de los adultos jóvenes que expresaron el mismo problema. Por su parte, entre los adultos mayores, un 35% respondió que la crisis no había afectado a su capacidad económica para acudir al dentista.

Por último, también resulta interesante conocer la distribución de la demanda de servicios clínicas de atención bucodental en función del tipo de agente proveedor (Gráfico 7).

Gráfico 7. Tipo de clínica visitada



Fuente: Elaboración propia a partir de Libro Blanco sobre Salud Bucodental (2023)

Como puede apreciarse, el grupo de personas mayores de 66 años son los que mayor tasa de asistencia a dentistas privados presenta (el 80%) lo que sugiere que la mayor necesidad de cuidades dentales se atiende privadamente, siendo las clínicas independientes privadas la opción más preferida, seguida de las clínicas dentales de las entidades aseguradoras y las clínicas corporativas. Solo un 3% de la población de esa edad acude a la sanidad pública.

2.1.5. Conclusiones

La realización de las sucesivas encuestas de salud oral ha puesto de manifiesto importantes mejoras en la salud bucodental del conjunto de la población española para todos los grupos de edad, aunque se aprecia una importante concentración de la enfermedad en un determinado estrato de la misma, aquella que dispone de menos recursos económicos.

Tampoco se ha alterado a lo largo del tiempo la desigualdad vinculada al género y el nivel socioeconómico: las mujeres y las personas de nivel social elevado presentan menores niveles de caries y, en consecuencia, menores necesidad de tratamiento.

También se han producido mejoras significativas entre la población de adultos mayores. Así, se ha reducido la prevalencia de caries activa en casi 6 puntos desde la anterior encuesta, lo que pone de manifiesto una mayor atención al estado de la salud bucodental y la extensión de los tratamientos reparadores (el Índice de Restauración ha aumentado en algo más de 3 puntos porcentuales).

Además, el porcentaje de adultos mayores que presentan caries activas es del 40,1%, es decir, casi la mitad de la población adulta necesita tratamiento odontológico al menos solo por esta enfermedad.

Por su parte, la media de dientes presentes entre los adultos mayores es de 16,02 y la pérdida dental grave afecta al 72,5% de la población; mientras que el porcentaje de personas que pierden toda su dentadura se ha reducido en 3 puntos desde la anterior Encuesta (desde un 10,6% a un 7,3%).

Esto se traduce en unas mayores necesidades restauradoras para esta cohorte de población: casi un 35% de la población mayor de 65 años necesidad de algún tipo de tratamiento restaurador.

Estas necesidades también se ven acompañadas de una mayor necesidad de prótesis que, en muchos casos, no se pueden atender por motivos económicos. Así, el porcentaje de adultos mayores que requieren algún tipo de prótesis es del 38,8% para el maxilar superior y del 47,1% para el maxilar inferior.

Tanto la prevalencia de la enfermedad como las necesidades de tratamiento y de prótesis presentan un gradiente de género (menores en el caso de las mujeres que de los hombres) y socioeconómico (mayor entre los estratos bajos de renta que entre los estratos altos).

Por otra parte, la enfermedad periodontal más frecuente entre los adultos mayores son los cálculos dentales, con un 39,4% de adultos mayores que presentan ese tipo de patología, seguida de las bolsas de entre 4 y 5 milímetros (22,9%).

Finalmente, con respecto a la percepción que la población tiene de su salud oral cabe destacar que, evidentemente, la percepción de dolor o molestia dentaria y/o gingival es más elevada conforme aumenta la edad: el 6,6% de la población mayor de 65 años afirma tener molestias dentarias con bastante frecuencia

En relación con la cuestión de hasta qué punto todos esos problemas se traducen en una mayor frecuencia de visitas al dentista es complicado llegar a una conclusión clara porque no hay un patrón definido. Lo que sí puede saberse a partir de las encuestas es que el 42% de la población de mayores de 66 años alegó que la crisis económica había impactado de forma significativa en sus visitas a la clínica odontológica frente a un 35% de los adultos jóvenes que expresaron el mismo problema.

En conclusión, puede afirmarse que existe una desigualdad socioeconómica en la prevalencia y necesidad de tratamiento de la enfermedad que se traduce en una menor capacidad económica para poder enfrentar los tratamientos en el sector privado y que, en consecuencia, necesitaría ser corregida a través de políticas que mejoraran las condiciones de acceso, continuidad de los tratamientos y financiación de los mismos.

CAPÍTULO 2

Salud Bucodental y Salud General en las personas adultas mayores

1. Las múltiples interrelaciones entre la salud bucodental y la salud general: un universo aún por descubrir

La importancia que se le ha prestado a la salud bucodental ha ido en aumento en las últimas décadas, lo que se ha reflejado en una mejora significativa en el estado de la salud bucodental de la población.

En términos generales, una buena salud bucodental implica una funcionalidad plena y sin restricciones, así como a la ausencia de inflamación y molestias en todos los órganos de la cavidad bucal, lo que incluye a los dientes, el periodonto, las membranas mucosas, la lengua, las articulaciones temporomandibulares y las glándulas salivales.

Dado que la cavidad bucal es el inicio del tracto digestivo, la salud oral tiene gran relevancia para la nutrición de la persona. Pero, además, la cavidad bucal es el lugar donde surgen las expresiones faciales que caracterizan la identidad individual y donde se origina la formación de los sonidos del habla.

En este sentido, las posibilidades de una persona de usar el sistema masticatorio con un nivel de funcionalidad elevada, de expresarse en un lenguaje claro, de poseer una sonrisa estética y de presentar un perfil dentofacial armónico y equilibrado tienen influencia en su vida social y afectan a su bienestar corporal y psicológico .

Pero, además, no hay que olvidar que la salud oral tiene una gran influencia sobre la salud general y que una buena salud bucodental puede ayudar a prevenir determinadas patologías y, con ello, a mejorar la calidad de vida de las personas. Y, en sentido contrario, una mala salud bucal puede aumentar el riesgo de contraer o desarrollar una serie de enfermedades no transmisibles que, en muchos casos, ejercen un impacto grave sobre la salud general de esa persona. De hecho, el nivel de salud bucal es un indicador clave de la salud general de una persona al que, sin embargo, la investigación y la praxis médica no ha prestado la atención que merece Ignorando que una mala salud oral o, en su defecto, la existencia de una patología bucal, puede ser clave para entender algunas enfermedades sistémicas como la diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares, endocarditis y neumonía recurrente en adultos mayores y a las que se le atribuye una relación directa con la periodontitis .

Sin embargo, aún queda un amplio camino por recorrer. El hecho de que, con carácter general, la salud bucodental haya quedado aislada dentro de los sistemas de salud y quede al margen de los sistemas sanitarios en muchos países, separando la boca del cuerpo y subestimando la importancia de la salud bucal para la salud general, constituye la manifestación más evidente de la escasa relevancia que, tradicionalmente, se le ha dado a esta cuestión.

Bien es cierto que los tiempos están cambiando y la relación entre la salud bucodental y la salud general están siendo analizadas con mayor intensidad. Buena prueba de ello es el proyecto Whole Body Health, donde la FDI World Dental Federation ha comenzado a difundir la relación bidireccional entre la salud oral y la salud sistémica a través de un mapa interactivo desarrollado para dar a conocer las últimas investigaciones en las diferentes áreas .

---

[i] *Venete A, Trillo-Lumbreras E, Prado-Gasco VJ, Bellot-Arcis C, Almerich-Silla JM, Montiel-Company JM. (2017): "Relationship between the psychosocial impact of dental aesthetics and perfectionism and self-esteem". Journal of Clinical and Experimental Dentistry. Vol. 9, n.12, pp.1453–8. http://dx.doi.org/10.4317/jced.54481*

[ii] *Dörfer C, Benz C, Aida J, Campard G. (2017): " The relationship of oral health with general health and NCDs: a brief review". International Dental Journal, vol. 67 (Suppl. 2), pp.14–18. https://doi.org/10.1111/idj.12360*

[iii] *Este proyecto se puede consultar en la siguiente dirección web: https://www.fdiworlddental.org/exploring-bidirectional-relationship-between-oral-health-and-general-health*

En efecto, muchos estudios han comenzado a analizar todas las complicaciones derivadas de las periodontopatías y, en las últimas décadas, numerosas evidencias clínicas han destacado una asociación entre trastornos dentales y enfermedades cardiovasculares, diabetes, enfermedades pulmonares y complicaciones obstétricas y que puede atribuirse a que la periodontitis contribuye a agravar la carga inflamatoria sistémica. Y, así, las enfermedades periodontales tendrían efectos sistémicos graves debido a la diseminación de bacterias patógenas a través del torrente sanguíneo y al papel negativo de la inflamación.

En todo caso, la relación precisa entre enfermedades crónicas y enfermedades bucales no se ha dilucidado completamente, habiéndose propuesto varias teorías al respecto. La mayoría de ellas postulan la existencia de una respuesta inflamatoria local y sistémica (envejecimiento inflamatorio) debido a disfunción endotelial, además de daño microvascular y macrovascular. Además, las personas con enfermedades sistémicas crónicas también presentan sistemas inmunitarios debilitados que favorecen el desarrollo de complicaciones a nivel bucodental.

Como forma de aproximación a las investigaciones que se están desarrollando al respecto cabe recoger aquí el estado de la ciencia tal y como lo sintetiza el proyecto Whole Body Health, en donde se detalla la evidencia empírica que relaciona las enfermedades bucodentales con otro tipo de problemas de salud general y se identifica el grado de robustez que tiene la investigación al respecto.

A modo de resumen se detallan a continuación cada una de esas interrelaciones posibles:

a) **Enfermedad cardiovascular aterógena** (enfermedad cardíaca y ACV): la periodontitis supone un factor de riesgo importante e independiente para la enfermedad cardiovascular aterógena (arteriopatía coronaria y ACV). Un tratamiento periodontal eficaz mejora las medidas clínicas y biológicas de la función vascular. El nivel de la evidencia empírica al respecto es robusto.

b) **Enfermedad pulmonar crónica y deficiencia de alfa-1 antitripsina (DAAT):** en este caso, las investigaciones demuestran que una mala salud bucodental y las enfermedades periodontales están asociadas con exacerbaciones de la EPOC. Además, los pacientes con DAAT tiene un mayor riesgo de sufrir periodontitis. El nivel de evidencia en esta materia es aún temprano

c) **Enfermedades inflamatorias intestinales** (enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa): ya hay investigaciones que respaldan sólidamente que las personas con enfermedades inflamatorias intestinales como la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa tienen un mayor riesgo de sufrir periodontitis.

d) **Salud mental y depresión**: las personas con problemas de salud mental, como la depresión, tienen más probabilidades de sufrir una mala salud bucodental y enfermedades bucodentales como la caries y la periodontitis. Además, las personas que sufren depresión y ansiedad pueden sufrir una mayor disfunción temporomandibular. La evidencia al respecto aún es emergente.

e) **Diabetes de tipo 2 (diabetes)**: en este caso la evidencia de una relación causal y bidireccional es ya sólida. La periodontitis es un factor de riesgo significativo de la incidencia de la diabetes de tipo 2, de los resultados adversos de la diabetes y de un mal control de la diabetes. Un tratamiento periodontal eficaz mejora el control de la diabetes y reduce los resultados adversos.

De hecho, la diabetes y la enfermedad periodontal mantienen una relación bidireccional, donde cada una es capaz de influir y empeorar la otra.

Es más, la periodontitis también podría ser un signo inicial de patología diabética, ya que su prevalencia en sujetos diabéticos es dos o tres veces mayor que en no diabéticos .

Asimismo, controlar la diabetes resulta más complicado para los pacientes que padecen enfermedad periodontal. De hecho, aquellas personas que sufren periodontitis y diabetes simultáneamente tienen mayor riesgo de desarrollar complicaciones cardiovasculares, renales y retinopatías.

[14] *Cervino, G.; Terranova, A.; Briguglio, F.; De Stefano, R.; Famà, F.; D'Amico, C.; Amoroso, G.; Marino, S.; Gorassini, F.; Mastroieni, R.; et al. (2019): "Oral health related quality of life and oral alterations". BioMed Research International,* 5907195 *https://doi.org/10.1155/2019/5907195*

f) **Neumonía por aspiración** (neumonía aspirativa, infección pulmonar y neumonía hospitalaria): las bacterias bucales son un factor de riesgo de la neumonía por aspiración en la gente mayor. A medida que las personas envejecen, es menos probable que sean capaces de mantener su propio régimen de higiene bucal, por lo que dependerán de la ayuda de sus cuidadores. La prestación de cuidados bucodentales regulares, ya sea por parte de un profesional de la salud bucodental o de alguien que ejerza de cuidador, puede ser eficaz para reducir el riesgo de neumonía por aspiración. La evidencia al respecto es emergente.

g) **Coronavirus del síndrome respiratorio agudo grave de tipo 2** (SARS-CoV-2): las pruebas disponibles destacan una asociación sólida entre una mala salud bucodental y una manifestación más grave de la COVID-19. La periodontitis y una carga viral alta en saliva son factores de riesgo independientes que conllevan peores resultados. La evidencia al respecto también es emergente.

h) **Desenlace adverso del embarazo** (complicaciones del embarazo, bebés con bajo peso al nacer, preeclampsia y prematuridad): hay pruebas que demuestran una asociación entre la enfermedad periodontal y un desenlace adverso del embarazo. Ofrecer tratamiento periodontal durante el embarazo resulta seguro y puede ayudar a reducir las citocinas inflamatorias. La evidencia al respecto también es temprana.

i) **Obesidad y síndrome metabólico** (sobrepeso y obesidad): hay estudios que han demostrado una asociación positiva entre la obesidad y las enfermedades periodontales. Por lo tanto, los profesionales médicos y de la salud bucodental deberían plantearse el control del peso además del tratamiento periodontal. Esta evidencia es emergente.

j) **Enfermedad renal crónica:** la periodontitis es un factor de riesgo independiente para una peor función renal y está causalmente relacionada con la enfermedad renal crónica (ERC). La periodontitis también es una comorbilidad junto con la ERC para la mortalidad prematura.

k) **Artritis reumatoide:** el tratamiento periodontal puede conllevar mejoras para la artritis reumatoide en el corto plazo.

l) **Enfermedades neurodegenerativas** (enfermedad de Alzheimer, deterioro cognitivo): la periodontitis está asociada con el deterioro cognitivo y la enfermedad de Alzheimer. La Porphyromas Gingivalis es una de las bacterias patógenas de la periodontitis y se ha descubierto que contribuye al desarrollo de placas amiloides. Aunque no se ha determinado la relación causal, la periodontitis debe tratarse como un factor de riesgo modificable en pacientes con deterioro cognitivo .

m) **Cáncer:** se ha asociado la periodontitis y la pérdida de piezas dentales con algunos tipos de cáncer. La solidez de las pruebas disponibles varía entre ellos.

n) **Fragilidad durante la vejez:** los cambios en la salud bucodental asociados con la fragilidad en la vejez son multifactoriales. La experiencia de periodontitis, la pérdida de dentición, la reducción de la función bucodental y la sequedad de boca se asocian con un aumento de la fragilidad. La salud bucodental se puede utilizar como un elemento para predecir la fragilidad en la vejez. La evidencia en este caso es emergente.

O) **Enfermedades raras:** finalmente, también hay que señalar que existen correlaciones importantes entre alteraciones bucales y enfermedades raras. De hecho, algunos autores señalan que patologías como la enfermedad de Von Willebrand, la acrodermatitis enteropática, el síndrome de Chediak-Higashi y otras guardan relaciones significativas con la salud oral .

En este sentido, es de prever que investigaciones cada vez más profundas y multidisciplinares en medicina, biología y patología oral no solo contribuirán a la prevención de algunas enfermedades sistémicas, sino que también permitirán diagnósticos tempranos de otras patologías en un futuro próximo, incluidas enfermedades raras.

[9] *Cicciù, M. (2016): "Neurodegenerative disorders and periodontal disease: Is there a logical connection?", Neuroepidemiology, vol.47, pp.94–95. https://doi.org/10.1159/000449517*

2. Consecuencias de una pobre salud bucodental en las personas adultas mayores

La necesidad de mantener una buena salud oral es especialmente relevante en el caso de los adultos mayores, dada la creciente longevidad poblacional y la mayor prevalencia de enfermedades crónicas y de problemas bucodentales en dicha población. Comprender la asociación entre salud oral y calidad de vida se convierte, así, en una cuestión esencial de cara a promover un envejecimiento saludable.

En efecto, la edad avanzada se asocia con una mayor vulnerabilidad, con más patologías físicas y mentales y con un incremento de enfermedades y problemas bucales, factores que, como se ha señalado, afectan a la calidad de la vida de las personas en esa etapa de su vida .

Desde una perspectiva médica, la salud bucodental de la población mayor presenta unas características propias, al verse significativamente influenciada por procesos degenerativos y enfermedades vinculadas habitualmente con la edad avanzada.

Así, el desgaste natural del esmalte de la dentadura o la sustitución de la dentina generan que las piezas dentarias se vuelven más frágiles. A esto se añaden otras afecciones, como la pérdida de función sensitiva o la disminución de la irrigación sanguínea en las encías, que además se encuentra adelgazada y frágil, por lo que tiende a lesionarse con mayor facilidad. Todo ello, sumado a la disminución de la destreza manual o psicomotora propia del envejecimiento, genera la presencia y acumulación de placa bacteriana. Ello conlleva problemas periodontales y la aparición de caries dental cervical, que pueden derivar en serios cuadros de edentulismo o de pérdida parcial o total de piezas de la dentición definitiva, lo que afecta no sólo la función masticatoria, sino también la fonación, la estética y, finalmente, la autoestima y la sociabilidad. Además, a medida que la población envejece, aumenta la prevalencia de multimorbilidad y enfermedades bucales. En consecuencia, una mala salud oral compromete el envejecimiento saludable, ya que afecta a la calidad de vida y a la salud en general, provoca dolor, resulta costosa de tratar y deriva en una nutrición deficiente, todo lo cual agrava las condiciones crónicas en pacientes mayores.

Evidentemente, no todo se limita a la salud bucodental. Existen multiplicidad de factores que inciden sobre la calidad de vida de las personas mayores y en los últimos años se ha estudiado la relación entre diversos factores socioeconómicos -tales como la edad, el sexo, la educación o los ingresos-, y la calidad de vida. Sin embargo, aún hay un limitado conocimiento de la relación que pudiera existir entre la salud bucodental y la calidad de vida de este grupo poblacional concreto.

Así, complementando este enfoque relacionado con la enfermedad se ha desarrollado el concepto de calidad de vida relacionada con la salud bucal (OHRQoL), en el que se ha centrado un esfuerzo de investigación considerable en las últimas dos décadas, para tratar de identificar los factores de la vida cotidiana que ejercen un mayor efecto sobre la calidad de vida de las personas mayores .

En todo caso, del conjunto de estos estudios puede concluirse que los incrementos en la esperanza y en la calidad de vida de la población han venido acompañadas de mejoras significativas también en la salud bucodental de las cohortes de personas mayores de la población y también tiene consecuencias sobre el tipo de políticas públicas en materia de salud bucodental que deberían articularse para atender las necesidades específicas de este sector de la población.

---

[16] Hanisch, M.; Hoffmann, T.; Bohner, L.; Hanisch, L.; Benz, K.; Kleinheinz, J.; Jackowski, J. (2019: "Rare Diseases with Periodontal Manifestations". International Journal of Environmental Research and Public Health, vol .16, n. 5, p. 867. https://doi.org/10.3390/ijerph16050867

[17] Islas-Granillo H.; Borges-Yañez, SA; Navarrete-Hernández JJ; Veras- Hernández MA; Casanova-Rosado JF; Minaya-Sánchez M; et al. (2019): "Indicators of oral health in older adults with and without the presence of multimorbidity: a cross-sectional study". Clinical Interventions in Aging. Vol. 14, pp.219–24.

Así, hasta hace relativamente poco tiempo, la mayoría de la población se enfrentaba a una elevada probabilidad de perder todos sus dientes a unas edades que hoy en día consideraríamos como relativamente tempranas. Sin embargo, actualmente, un porcentaje creciente de la población retiene una parte significativa de su dentadura durante muchos más años y el porcentaje de población con edentulismo va reduciéndose progresivamente.

Esto no significa que esas personas estén libres de problemas de naturaleza bucodental. La razón es que las secuelas de las enfermedades bucodentales del pasado persisten en las generaciones mayores. Y, así, aunque desde principios de los años setenta del siglo XX el avance de este tipo de enfermedades disminuyó gracias al uso generalizado de dentífricos con flúor, los tejidos orales de esas generaciones que ya comenzaron a utilizar esos dentífricos han seguido expuestos al riesgo de enfermedades a lo largo de toda la vida.

La resultante es que la salud bucodental de las personas mayores que viven en la actualidad sigue siendo, en general, deficiente como resultado, en gran medida, de los tratamientos y políticas dentales del pasado o, en el mejor de los casos, del limitado alcance de las mismas.
En cualquier caso, no pueden negarse mejoras evidentes tanto en la salud como en los tratamientos bucodentales.

Así, tal y como se ha descrito, las piezas que antes se extraían ahora suelen restaurarse, lo que mejora la apariencia y la función bucal de las personas. Sin embargo, estas restauraciones tienen una vida útil limitada y pueden requerir tratamientos adicionales y más complejos conforme pasa el tiempo.
Pero, además, cuando una pieza no se puede salvar, la tecnología ha ampliado las opciones de reemplazo, como las dentaduras de metal, los puentes o los implantes dentales, aunque estos últimos suelen ser más costosos.

En todo caso, con independencia de la atención odontológica profesional recibida, el pilar fundamental para el mantenimiento de los tejidos bucales reside en el autocuidado diario con prácticas de higiene bucodental correctas. Estas prácticas son muy importantes porque las repercusiones de una mala salud bucodental son considerables y no solo afectan al bienestar y a la calidad de vida del individuo, sino también a su salud general.

Así, una enfermedad bucodental no tratada puede provocar dolor y molestias al masticar, tragar y comer que se traducen en impactos sobre la dieta que pueden llegar incluso a carencias nutricionales con efectos sobre el peso y dar lugar a otro tipo de afecciones.

De hecho, incluso en casos en los que la enfermedad ha sido tratada, lo que incluye la sustitución de piezas perdidas, pueden persistir dificultades para comer y masticar. Las personas pueden evitar en su alimentación el consumo de frutas, verduras e incluso cereales por las molestias que su ingesta puede ocasionarles. Estas carencias en la dieta pueden producir pérdida de peso, y para aquellos que usan dentaduras postizas, las alteraciones en los tejidos bucales también pueden dar lugar a dentaduras mal ajustadas que, a su vez, causan dolor e incomodidad durante la comida.

Por otro lado, también hay que tener en cuenta que la mala nutrición puede dar lugar a deterioros de la salud que acaben en casos de hospitalización no quirúrgica, con importantes costes sobre el sistema de salud, más allá del deterioro de la calidad de vida de la persona afectada.

[9] Bennadi,D. y Reddy, C. V. K. (2013): "Oralhealth related quality of life", Journal of International Society of Preventive and Community Dentistry, January-June 2013, Vol. 3, No. 1

Además, tal y como se ha recogido en el apartado anterior, hay numerosa evidencia empírica que asocia una mala salud periodontal a mayores riesgos de diabetes y enfermedades cardiacas.

Y, por otro lado, una mala salud general también puede acabar generando efectos sobre la salud bucodental por vía indirecta, siendo la relación bidireccional.

Así, el factor de riesgo más común en ese sentido es la reducción del flujo salival derivado de la polifarmacia. Y es que numerosos fármacos producen una reducción tanto en la cantidad como en la calidad de la saliva, lo que aumenta el riesgo de caries dental y de enfermedades periodontales . La razón es que la saliva juega un papel fundamental en funciones orales como la deglución, la masticación o el habla, por lo que es esencial para el mantenimiento de una salud oral adecuada. Por otro lado, la actividad salivar tiene efectos anticaries y también protección antifúngica, física e inmunológica para la mucosa oral y gastrointestinal. En este sentido, los cambios cualitativos y/o cuantitativos en la saliva pueden deteriorar la función oral y provocar sequedad de la mucosa oral, así como malestar, gingivitis, caries dental e infecciones por hongos.

Además de otros muchos síntomas, la disfunción de las glándulas salivares a menudo se asocia con hiposalivación y xerostomía, produciendo ambas disfunciones la sensación de boca seca . Esta sensación es mucho más común por encima de los 65 años, cuando afecta en torno al 30% de las personas de esas edades, aunque el envejecimiento no es la única causa posible de esos problemas de alteración del flujo salivar; también lo provoca la polifarmacia. En concreto, la xerostomia es, con mucho, el efecto adverso más frecuente cuando se utilizan fármacos psicotrópicos, antihipertensivos y diuréticos.

En cualquier caso, lo relevante es que este tipo de disfunciones derivadas de los tratamientos médicos prescritos para determinadas enfermedades que, en muchos casos, presentan mayor prevalencia con la edad acaban generando problemas bucodentales que puede agravar o provocar nuevas enfermedades no bucodentales .

Otro terreno en el que también aumentan los riesgos de enfermedades bucodentales se produce cuando existen casos de comorbilidad funcional y/o cognitiva, como pueden ser los casos de demencia o de enfermedades con fuerte componente de deterioro neurológico que impiden un cuidado bucodental diario. Así, enfermedades como la artritis pueden dificultar la capacidad para sostener el cepillo de dientes o el cepillo para la dentadura. Igualmente, todas aquellas enfermedades que impiden la movilidad autónoma también dificultarían el ejercicio diario de la limpieza bucodental.

Finalmente, hay que destacar que ha aumentado la prevalencia del cáncer bucal como consecuencia del incremento del tabaquismo y el consumo de alcohol precisamente durante la juventud de las actuales cohortes de personas mayores. Las consecuencias del incremento de este tipo de cáncer son singularmente perniciosas para la salud de las personas que lo padecen e incluyen dolor, pérdida de capacidad funcional y, a veces, desfiguración facial y, en el peor de los casos, hasta muerte. En estas ocasiones, es preciso implementar medidas de prevención por parte de profesionales dentales para las personas en riesgo, los adultos mayores y las personas fumadoras y que, además, permitan una detección temprana del problema.

[19] *Una revision del impacto del consumo de fármacos sobre las disfunciones salivares y la salud oral puede verse en Gueiros, L.A.; Soares, M.S.M.; y Leao, J.C. (2009): "Impact of ageing and drug comsuption on oral health", Gerodontology, vol. 26, pp. 297-301.*



A continuación se expondrán algunas de las consideraciones epidemiológicas relacionadas con los principales factores que inciden sobre la salud bucodental de las personas mayores, contextualizando su problemática concreta.

[20] La xerostomía es una sensación subjetiva de boca seca generalmente relacionada con una reducción en la producción de saliva y/o una alteración en su composición química; mientras que la hiposalivación puede definirse estrictamente como una evaluación objetiva de la tasa de flujo salival.

[21] Algunas de esas enfermedades y problemas bucodentales pueden ser: dificultad para usar dentaduras postizas; la sequedad de la mucosa; la acumulación de placa; la sequedad labial; problemas de disgeusia (alteración del gusto); queilitis angular; lesiones orales traumáticas; candidiasis oral; problemas de disfagia (dificultad para tragar); aparición de caries dental; sensación de ardor; gingivitis; o problemas para conciliar el sueño por problemas de alestar oral nocturno. Vid Gueiros el alli (2009).

3. Las enfermedades bucodentales más frecuentes entre los adultos mayores

Como se ha expuesto, la investigación sobre la salud bucodental de los adultos mayores ha ido aumentado de forma considerable durante las últimas décadas. Gran parte de esos estudios han sido de naturaleza clínica, pero también se han realizado y reportado numerosas investigaciones epidemiológicas que buscan analizar los determinantes de la salud o de la enfermedad bucodental en esos grupos poblacionales concretos a partir del estudio de muestras representativas de ellos.

Las principales líneas de investigación en esta materia se han centrado en la pérdida dental parcial o total, la caries coronaria y radicular, la periodontitis, la xerostomía y el precáncer/cáncer oral. La razón es que estas afecciones se consideran enfermedades crónicas que impactan significativamente sobre la salud de este grupo poblacional y, en consecuencia, merecen una consideración separada, tal como la que a continuación se recoge.

a) Pérdida dental parcial o total

Al considerar la pérdida de dientes, es necesario distinguir entre el edentulismo (el estado de haber perdido todos los dientes naturales) y la pérdida progresiva de dientes que tiende a ocurrir a lo largo de la vida adulta.

En este sentido, hay que advertir que la transición al edentulismo requiere de una decisión explícita por parte de la persona afectada para someterse a la extracción completa de la dentadura o lo que quede de ella en una o varias operaciones. Ese proceso generalmente implica la extracción de dientes intactos y no funcionales y la decisión de someterse al mismo reviste una dimensión tan social como clínica.

En cualquier caso, el edentulismo es considerado en materia de salud pública dental como un punto final indeseable, que encarna el fracaso tanto del autocuidado como del sistema de atención dental para garantizar la retención de una dentadura funcional para la persona afectada. Además, es una situación con graves consecuencias sobre la calidad de vida de esas personas: hay evidencia de que las personas edéntulas tienen dietas más pobres y una nutrición peor que aquellas con dientes naturales. Por tanto, no solo existen desventajas nutricionales al ser edéntulo, sino que la vida cotidiana de las personas edéntulas puede verse afectada especialmente en materia de masticación y alimentación por la ausencia de dientes o por usar dentaduras postizas deficientes.

Sea como fuere, no todo puede ser considerado en términos negativos. De hecho, someterse a una extracción completa puede suponer un alivio considerable para la persona involucrada; así como la desaparición de los problemas derivados de la caries dental o de la pérdida de inserción periodontal, lo que facilitaría posteriormente su atención.

Evidentemente, hoy en día, la pérdida incremental de dientes es mucho más común que el edentulismo entre adultos de todas las edades. Sin embargo, la pérdida progresiva de dientes es menos predecible y, por lo tanto, un desafío en materia prostodóntica mayor, dado que sus secuelas pueden incluir la deriva de los dientes que permanecen en la boca. Además, dada la evidencia de que una mala calidad de vida relacionada con la salud bucal es la pérdida incremental de dientes, es probable que los adultos mayores en esa situación también experimenten más efectos perniciosos en su vida cotidiana.

b) Caries dental

Hasta hace relativamente poco tiempo, la cuestión de las caries en las personas mayores se limitaba a los problemas de caries de la superficie radicular y al mantenimiento del trabajo restaurador que se había realizado en el pasado. De hecho, existía la percepción de que la caries dental era, en su mayor parte, activa entre las personas jóvenes, pero no entre las mayores. Sin embargo, en las últimas décadas han aparecido estudios que han venido a completar el conocimiento de la historia natural de la caries entre las personas mayores y demuestran que la caries dental es activa entre las personas mayores, con un incremento medio aproximado de una superficie por año, que es similar al observado a lo largo de la vida hasta los primeros treinta años.

c) Enfermedades periodontales

Las enfermedades periodontales son enfermedades inflamatorias crónicas de etiología bacteriana que afectan a los tejidos duros y blandos que sirven de apoyo al diente. Entre las distintas afecciones incluidas en el término de enfermedades periodontales, la gingivitis asociada a placa y la periodontitis tienen una especial importancia para la atención sanitaria periodontal y la salud general .

La gingivitis inducida por placa se define como una inflamación gingival sin pérdida clínica de inserción. Se caracteriza por la presencia de enrojecimiento y edema de los tejidos gingivales, sangrado ante diferentes estímulos, cambios en el contorno y en la consistencia de los tejidos, presencia de cálculo y placa supra y subgingival, y ausencia de evidencia de pérdida ósea alveolar en las radiografías.

Por su parte, la periodontitis se define como una inflamación de los tejidos gingivales que se extiende hasta la estructura de inserción subyacente, y se caracteriza por la pérdida de inserción periodontal a causa de la destrucción del ligamento periodontal y la pérdida de hueso alveolar. Los signos y síntomas incluyen edema, eritema, sangrado, supuración, pérdida clínica de inserción y de hueso y, en estados de destrucción avanzada, bolsas de más de 6 mm de profundidad e incluso movilidad dental.

Las enfermedades periodontales continúan siendo un importante problema de salud pública en todos los países del mundo y, sin embargo, el nivel de sensibilización del público en general sobre la salud periodontal sigue siendo bajo; en gran medida porque, con demasiada frecuencia, las enfermedades periodontales continúan considerándose como un problema puramente estético más que como una enfermedad y, sin embargo, la periodontitis grave es la sexta afección médica más prevalente en el mundo.

Sin embargo, estas enfermedades afectan de forma negativa al bienestar general y a la calidad de vida de las personas y, en el caso de la gengivitis, por ejemplo, tienen una prevalencia casi universal; por su parte, la prevalencia global de la periodontitis avanzada aumenta con la edad, con un marcado incremento entre la tercera y cuarta década de vida.

Los adultos mayores son particularmente susceptibles a desarrollar periodontitis. Existen varias razones potenciales para esta susceptibilidad, incluidos los cambios sistémicos inherentes al propio proceso de envejecimiento, los cambios dietéticos y una mayor probabilidad de enfermedades sistémicas crónicas existentes.

[22] Herrera, D. et al (2018): Libro Blanco sobre prevención y tratamiento de las enfermedades periodontales para la salud bucodental y la salud general. FDI Worl Dental Federation.

Así, en primer lugar, el riesgo de desarrollar periodontitis aumenta debido a la naturaleza misma del proceso de envejecimiento. El proceso de envejecimiento se caracteriza por un aumento de la inflamación sistémica de bajo grado, que contribuye a la formación y progresión de muchas enfermedades crónicas, incluida la periodontitis.

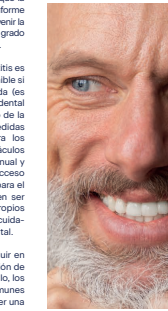
Además, el envejecimiento también provoca una disminución de la regulación inmunitaria y un aumento de la autoinmunidad, lo que puede exacerbar la respuesta inflamatoria a los patógenos asociados a la periodontitis. Y, finalmente, tanto los cambios dietéticos como la presencia de enfermedades sistémicas crónicas también influyen en el desarrollo de periodontitis en los adultos mayores.

El principal problema con las enfermedades periodontales en los adultos mayores es que la atención dental general rutinaria conforme aumenta la edad no es suficiente para prevenir la progresión de la enfermedad con el mismo grado de éxito que en los individuos más jóvenes.

Y es que, en muchos casos, la periodontitis es una enfermedad completamente prevenible si se observa una higiene bucal adecuada (es decir, cepillado de dientes y uso de hilo dental y visitas al dentista regulares) a lo largo de la vida. Sin embargo, tomar estas medidas preventivas puede resultar difícil para los adultos mayores que enfrentan obstáculos como la disminución de la destreza manual y la movilidad, el deterioro cognitivo y el acceso impedido a la atención. Estas barreras para el mantenimiento de la salud bucal deben ser tomadas en consideración por los propios adultos mayores, pero también por sus cuidadores y por los equipos de atención dental.

Además, los medicamentos pueden influir en el estado del periodonto y en la prestación de la atención periodontal. Y así, por ejemplo, los medicamentos anticoagulantes son comunes entre los pacientes mayores y pueden ser una contraindicación para ciertos tratamientos; igualmente, los medicamentos recetados que se toman para afecciones crónicas, como la osteoporosis y las enfermedades cardiovasculares, pueden afectar el periodonto de diversas maneras; es por ello que la detección temprana y el tratamiento adecuado de estas afecciones son importantes para ayudar a prevenir el desarrollo de la periodontitis.

Igualmente, cabe recordar que la periodontitis está estrechamente asociada a varias enfermedades sistémicas como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares. La infección y la inflamación periodontal, así como los factores de riesgo comunes genéticos y adquiridos, conforman las bases científicas que explican la plausibilidad biológica de las asociaciones entre la periodontitis y las enfermedades sistémicas.



d) Boca seca

Como se ha expuesto más arriba, la boca seca es un síntoma común entre las personas mayores, que afecta a su calidad de vida a través de los efectos que tiene sobre aspectos de la vida cotidiana como el habla, el disfrute y la ingestión de alimentos y el uso de prótesis dentales. Tener menos saliva también aumenta el riesgo de presentar caries o infecciones causadas por hongos en la boca, ya que la saliva ayuda a controlar los gérmenes dañinos.

En cualquier caso, hay que recordar que el término boca seca presenta dos dimensiones que pueden ocurrir juntas o por separado y que es importante distinguir porque tienen origen y efectos distintos.

Por un lado, el término xerostomía generalmente se refiere a la sensación subjetiva de boca seca; y, por otro lado, el flujo salival bajo se denomina hipofunción de la glándula salival (SGH). Cada dimensión puede ser una amenaza para la dentición: aquellas personas con tasas de flujo salival bajas pueden estar en riesgo de caries dental debido a que su amortiguación salival se vea comprometida y a la remineralización; mientras que aquellas personas con xerostomia pueden estar tomando medidas para aliviar sus síntomas de boca seca (como chupar caramelos con frecuencia) que a su vez promueven la caries dental.

La prevalencia de la boca seca es generalmente más alta entre las personas mayores: aproximadamente uno de cada cinco adultos mayores sufre de boca seca .

En cuanto a los factores de riesgo de la boca seca, el uso de medicamentos es el más importante a nivel epidemiológico, con tasas de prevalencia más altas observadas en aquellos que toman algunas clases particulares de medicamentos. Destacan entre ellos los antidepresivos, agentes respiratorios, analgésicos que contienen opiáceos o algunos fármacos cardiacos o antihipertensivos.

La boca seca debe considerarse una afección oral importante entre las poblaciones mayores debido a sus efectos en diferentes aspectos de la calidad de vida.

e) Cáncer oral

Los términos 'precáncer oral' y 'cáncer oral' cubren un número de lesiones de la mucosa oral, pero el primer término generalmente se refiere a leucoplasia, liquen plano y eritroplasia, afecciones con un potencial reconocido (especialmente esta última) para la transformación maligna. El término 'cáncer oral' generalmente se refiere a los carcinomas de células escamosas orales. Las estimaciones recientes de prevalencia de muestras representativas son escasas, pero se ha observado que la mayoría de los casos de cáncer oral ocurren entre personas mayores y que son más frecuentes en países menos desarrollados que en los desarrollados .

El cáncer oral es una enfermedad poco común que puede tener consecuencias personales catastróficas para quienes lo padecen; se ha informado que su tasa de mortalidad es comparable a la del cáncer de mama y el cáncer de cuello uterino, y mayor que la del melanoma. El tabaco es el factor de riesgo más conocido y se sabe que ejerce un efecto sinérgico con el consumo excesivo de alcohol. Trabajos recientes también han implicado al virus del papiloma humano (VPH) en la ocurrencia de cáncer orofaríngeo, particularmente entre adultos jóvenes.

[24] Orellana, M.F. et all (2006): "Prevalence of xerostomia in population-based samples: a systematic review". Journal of Public Health Dentistry; n. 66, vol.2 DOI: 10.1111/j.1752-7325.2006.tb02572.x

Lo que resulta evidente es que la prevalencia del cáncer oral también ha aumentado, sobre todo como resultado de las prácticas de tabaquismo y consumo de alcohol cuando las personas mayores eran más jóvenes. Las consecuencias incluyen dolor, pérdida de función y, a menudo, deterioro desfigurante, incluso la muerte; por otra parte, hay que advertir que los problemas para acceder a la atención dental a menudo impiden la detección temprana de estos problemas. Por lo tanto, es imperativo que las personas en riesgo, los adultos mayores y los fumadores, reciban prevenciones primarias y secundarias de profesionales tanto dentales como no dentales a intervalos regulares.

[24] Thomson, (2014): "Epidemiology of oral health conditions in older people". Gerodontology, vol.31. doi: 10.1111/-ger.12085



DONTE GROUP
Cuidamos tu salud bucodental

CAPÍTULO 3

La atención bucodental de los adultos mayores en españa



Las cuestiones identificadas en los capítulos anteriores inducen a considerar que la implementación de buenas prácticas de salud bucodental (sobre todo en materia de autocuidado) constituyen un reto al que tienen que enfrentarse nuestros sistemas sanitarios y de cuidados, al tiempo que el propio envejecimiento y la pérdida de autonomía y movilidad dificultan el uso de los servicios sanitarios para los adultos mayores de edad avanzada.

De entrada, nunca está de más recordar que cualquier política sanitaria y de cuidados en materia bucodental debe de tener en cuenta dos componentes: por un lado, la dimensión relacionada con los determinantes de las enfermedades bucodentales, es decir, de cómo reducir el riesgo de enfermedades futuras; y, por otro lado, aquella dimensión relacionada con el tratamiento, es decir, la que tiene como objetivo aliviar los problemas derivados de dichas enfermedades. Si bien este enfoque no es diferente al de la atención médica general, existen diferencias importantes en el diseño actual de las políticas de prestación de asistencia bucodental que tienen implicaciones relevantes.

La primera gran cuestión a la que hay que hacer frente es a la fragmentación de los sistemas de prestación sanitaria y cuidados y a la desconsideración de ambos a la salud bucodental.

En efecto, no solo los sistemas públicos de cuidados están separados de los de atención médica, sino que esta última no ha incluido nunca la salud bucodental de las personas adultas (salvo en el caso de las mujeres embarazadas) dentro la cartera común de servicios del sistema sanitario público.

Esta separación entre servicios de cuidados y servicios sanitarios y la exclusión de la salud bucodental de la asistencia sanitaria pública impide la posibilidad de desarrollar enfoques integrados de tratamiento de las enfermedades bucodentales y de realizar un seguimiento continuado de las mismas y de su interacción con otras enfermedades.

Este distanciamiento entre el sistema de servicios sanitarios y de cuidados y la atención bucodental es especialmente acusado en el caso de España, como se expondrá a continuación.

1. El sistema atención bucodental para los adultos mayores en España: todo por construir desde el sector público

El diagnóstico sobre el sistema público de atención bucodental en España, en general, es compartido por la mayor parte de la profesión. Básicamente, ese diagnóstico puede resumirse en que "la asistencia odontológica pública en España carece de una estructura organizada, de objetivos comunes, de alcance universal, de definición de grupos prioritarios, de responsables que planifiquen y dispongan de recursos y los distribuyan de forma equitativa y en la mayoría de los casos también de evaluación" [28].

En efecto, a pesar del reconocimiento generalizado a la calidad y eficiencia del sistema sanitario público español, la odontología y, con ella, la atención bucodental sigue siendo un área por desarrollar dentro de la misma. Y, si bien existe consenso acerca de dicha necesidad, su concreción no termina de producirse aduciéndose habitualmente argumentos de naturaleza económica para evitar acometer una ampliación de la cartera de prestaciones públicas en materia bucodental que equipare el Sistema Nacional de Salud español al de las economías europeas más avanzadas.

Por otra parte, esta carencia contrasta con la importancia que tiene, en términos de salud, el cuidado bucodental. La OMS reconoce que la caries dental es la enfermedad más prevalente del mundo y se estima que, en todo el mundo, hay más de 2.300 millones de personas que padecen caries en dientes permanentes y que más de 530 millones de niños sufren caries en tiendes temporales. Y a ello hay que agregar el resto de las enfermedades bucodentales asociadas y con las que las enfermedades bucodentales comparten factores de riesgo [29].

Por ello, la Asamblea Mundial de la Salud ha acordado un Plan de Acción Mundial sobre Salud Bucodental (2023-2030) en el marco de la Agenda 2030, que propone cien medidas a los Estados miembros para que, en el año 2030, el 80% de la población mundial reciba servicios esenciales de atención bucodental de forma segura, eficaz y asequible, como parte de las prestaciones de la cobertura sanitaria universal.

Frente a esta realidad, el tratamiento de la caries no se encuentra cubierto por el Sistema Nacional de Salud español más que para niños, niñas y jóvenes de forma parcial y muy asimétrica a nivel territorial; mientras que los adultos, sean jóvenes o mayores, solo tienen derecho a tratamiento paliativo y no reparador.

El marco normativo que regula el sistema de atención bucodental público en España se remite al Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, en donde se estableció una cartera de servicios comunes para todo el Sistema Nacional de Salud, incluida la atención a la salud bucodental (Cuadro 1).

[28] Llena Puy et alli (2018): "La atención bucodental en comunidades autónomas con modelos público o mixto en España". ROOE, vol.23, n.1.
[29] https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health

Cuadro 1

9. Atención a la salud bucodental

Comprende las actividades asistenciales, diagnósticas y terapéuticas, así como aquellas de promoción de la salud, educación sanitaria y preventivas dirigidas a la atención a la salud bucodental.

La atención bucodental en atención primaria tiene el siguiente contenido:

9.1 Información, educación para la salud y, en su caso, adiestramiento en materia de higiene y salud bucodental.
9.2 Tratamiento de procesos agudos odontológicos.
9.3 Exploración preventiva de la cavidad oral a mujeres embarazadas.
9.4 Medidas preventivas y asistenciales para la población infantil de acuerdo con los programas establecidos por las administraciones sanitarias competentes: aplicación de flúor tópico, obturaciones, sellados de fisuras u otras.
9.5 Se consideran excluidos de la atención bucodental básica los siguientes tratamientos:
9.5.1 Tratamiento reparador de la dentición temporal.
9.5.2 Tratamientos ortodóncicos.
9.5.3 Exodoncias de piezas sanas.
9.5.4 Tratamientos con finalidad exclusivamente estética.
9.5.5 Implantes dentarios.
9.5.6 Realización de pruebas complementarias para fines distintos de las prestaciones contempladas como financiables por el Sistema Nacional de Salud en esta norma.
9.6 En el caso de personas con discapacidad que, a causa de su deficiencia, no son capaces de mantener, sin ayuda de tratamientos sedativos, el necesario autocontrol que permita una adecuada atención a su salud bucodental, para facilitarles los anteriores servicios serán remitidas a aquellos ámbitos asistenciales donde se les pueda garantizar su correcta realización.

Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

Como puede apreciarse en el Cuadro 1, el contenido de la cartera básica se centra en la atención diferencial para dos colectivos considerados como vulnerables, la población infantil y las mujeres embarazadas y se añaden criterios de atención específica para personas dependientes.

Para la población infantil se establece una cartera básica de naturaleza preventiva y conservadora sobre la dentición permanente, excluyéndose esos mismos tratamientos cuando se trata de la dentición temporal.

Por su parte, para las mujeres embarazadas la cobertura es de naturaleza preventiva porque ha quedado demostrado que las intervenciones preventivas durante el embarazo son esenciales para comenzar a tratar aspectos de educación sanitaria que tienen repercusiones sobre el riesgo de caries en la dentición primaria; lo que, a su vez, se convierten en el principal factor de riesgo de caries en la dentición permanente.

Para el resto de la población adulta la cobertura solo alcanza al tratamiento de procesos odontológicos agudos y las exodoncias de dientes dañados y, por lo tanto, su financiamiento y provisión se realiza de forma privada. En consecuencia, el tratamiento de la salud bucodental de los adultos mayores ha quedado excluido del sistema sanitario público a pesar de que, en muchos casos, se trata de un colectivo con unos niveles de vulnerabilidad muy elevados, singularmente en el caso de aquellas personas que se encuentran internadas en instituciones residenciales o que tienen problemas de movilidad asimilables a los de las personas con discapacidad.

La conclusión que ya puede anticiparse de estos escasos niveles de cobertura de la salud bucodental de la población es que el sistema público de atención bucodental en España está claramente por desarrollar y, como algún autor ha señalado, su propia consideración como sistema asistencial es muy cuestionable
.
Así, es cuestionable la falta de planificación y gestión centralizada de los recursos a través de un responsable último del nivel asistencial en todo el país; la carencia de programas de evaluación de la eficiencia de esos recursos derivada, entre otras razones, de la falta de publicidad de sus acciones y resultados; y la pluralidad de programas de salud oral a lo largo de todo el territorio y según criterios propios de cada Comunidad Autónoma, lo que se traduce en fuertes niveles de desigualdad territorial en términos de prestaciones y, en consecuencia, también de salud bucodental de la población.

Bien es cierto que esta situación ha intentado ser mejorada en los últimos años con planes destinados a tratar de garantizar la igualdad en las prestaciones a los ciudadanos, en especial a los más vulnerables, en todas las comunidades y reduciendo las desigualdades en el acceso a los tratamientos; pero son programas que se han destinado a los mismos grupos a los que ya se les reconocía en la Cartera Común.

[27] *Martinicorena (2014).*

Así, para reforzar la calidad del sistema, el Gobierno aprobó, en abril de 2019, el Marco Estratégico de Atención Primaria y Comunitaria que, entre otras prioridades, contemplaba la actualización de la cartera común de servicios de salud bucodental en los centros de salud, prestando atención especial a la población infantil, personas con discapacidad y embarazadas .

Posteriormente, se aprobó el Plan para la ampliación de la cartera común de servicios de salud bucodental en el Sistema Nacional de Salud . Este Plan se dotó, en un principio, con 44 millones de euros, a los que se añadieron dos transferencias a las comunidades autónomas de 68 millones acordadas en los Consejos de Ministros de 30 de octubre de 2023 y 18 de junio de 2024 , resultando una inversión total de 180 millones de euros. Ese monto se ha destinado a mejorar la prevención, ampliar los colectivos beneficiarios y el personal que los atiende, a equipamiento y material.

En estos momentos, el Plan se está desarrollando y sus objetivos generales son la homogeneización de las prestaciones de atención bucodental en el país, garantizando a los ciudadanos la equidad en su acceso, con independencia de su lugar de residencia y la ampliación de los servicios comunes que hasta ahora no se prestaban por la sanidad pública, con un enfoque preventivo y priorizando a los colectivos ya destacados en la Cartera Común: población infanto-juvenil, mujeres embarazadas, personas con discapacidad y pacientes con cáncer de cabeza y cuello.

Junto a estos colectivos, el Plan prevé la prestación de los siguientes servicios y tratamientos para el conjunto de la población :

a) Información y difusión sobre las medidas básicas higiénicas y dietéticas necesarias para alcanzar y mantener la salud oral, junto con instrucciones y recomendaciones sanitarias individualizadas.

b) Consejo odontológico.

c) Tratamiento de procesos agudos odontológicos, entendiendo por tales los procesos infecciosos y/o inflamatorios que afectan al área bucodental, traumatismos oseodentarios, heridas y lesiones en la mucosa oral, así como la patología aguda de la articulación témporo-mandibular, que conecta la mandíbula con la parte lateral de la cabeza.

d) Tratamiento farmacológico de la patología bucal que lo requiera.

e) Exodoncias (extracción de dientes), exodoncias quirúrgicas y cirugía menor de la cavidad oral.

f) Detección precoz de lesiones premalignas y, en su caso, biopsia de lesiones mucosas.

Y, para el caso de las personas mayores de 65 años, se añaden tratamientos específicos como:

a) La aplicación de sustancias remineralizantes y antisépticas tras limpiezas dentales.

b) Y medidas para prevenir el deterioro oral asociado a la edad.

---

[28] *https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2019-6761*
[29] *https://www.sanidad.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/PlanSaludBucodental/pdf/Plan_ampliacion_cartera_bucodental_.pdf*
[30] *https://www.lamoncloa.gob.es/consejodeministros/resumenes/Paginas/2023/301023-rp-cministros.aspx*
[31] *https://www.lamoncloa.gob.es/consejodeministros/resumenes/Paginas/2024/180624-rueda-de-prensa-ministros.aspx*
[32]*https://www.lamoncloa.gob.es/serviciosdeprensa/notasprensa/sanidad14/Paginas/2023/131223-plan-salud-higiene-bucodental.aspx*

En todo caso, en el Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2025-2027, publicado en diciembre de 2024 por parte del Ministerio de Sanidad se añade a los anteriores colectivos el de las personas mayores de 65 años, aunque se especifica que dentro del mismo se priorizará a una parte del mismo. Así, en la Línea Estratégica 3 del Plan, destinada a mejorar la capacidad de resolución de la Atención Primaria, se estable un objetivo 3.2. centrado en la "Ampliación progresiva de la cartera común de servicios de salud bucodental del SNS"; dentro de dicho objetivo, el indicador 1 establece la "incorporación del coletivo que se priorice entre el grupo de mayores de 65 años en la cartera común de servicios del SNS" y se espera que, para 2027, el 30% de dicho colectivo reciba dicha asistencia.

Como puede constatarse, al menos existe voluntad por parte de las autoridades públicas de ir incrementando progresivamente las prestaciones y tratamientos para las personas mayores de 65 años en el marco del sistema sanitario público.

Esta voluntad ha sido asumida también por algunas comunidades autónomas, habida cuenta de que las competencias en materia de sanidad son autonómicas, y han desarrollado iniciativas para los mayores de 65 años, más allá de las que les corresponden en relación con los colectivos priorizados en el marco de la cartera común.

Así, la Comunidad Autónoma de Madrid, ha sido pionera en la implementación de un programa para financiar la atención bucodental para las personas mayores de 80 años en materia de prótesis y tratamientos restauradores, pudiendo estas elegir libremente a su odontólogo entre aquellos que se hayan adscrito al programa .

Mientras que en otras comunidades autónomas la opción ha sido subvencionar algunos tratamientos a las personas mayores de 65 años. Es el caso, por ejemplo, de la Región de Murcia, que ha aprobado ayudas para las personas con discapacidad reconocida del 33% o más, quienes podrán acceder a tratamiento dental gratuito por coste de hasta 3.000 euros. Esta misma ayuda está disponible para los mayores de 65 años, aunque para ser beneficiarios de la misma deben de estar empadronados y residir dentro de la Región; ser pensionista; que el tratamiento se realice el mismo año en que se solicita la ayuda y que el presupuesto del tratamiento sea igual o superior a 100 euros.

En Andalucía también lleva años en vigor un programa de subvenciones para personas mayores de 65 años que necesitan de prótesis u órtesis dentales y que, como en el caso de la región de Murcia, también exige el cumplimiento de determinados requisitos, incluido no superar un determinado umbral de renta que, en 2024, se fijó en términos de una renta per cápita no superior a 1,25 veces el IPREM.

[33] https://www.sanidad.gob.es/areas/atencionPrimaria docs/PLAN_DE_ACCION_DE_ATENCION_PRIMARIA_Y_COMUNITARIA_2025-2027.pdf

[34] Es interesante señalar que para el resto de colectivos, el objetivo se cifra en el 70%.

2. Estructura del gasto en sanidad y servicios bucodentales en España

En todo caso, como puede comprobarse, la mayor parte de la asistencia bucodental para las personas mayores se realiza a través del sistema privado y es sufragado, en consecuencia, a cargo de sus presupuestos familiares.

En este sentido, es conveniente recordar que el sector de los servicios de salud bucodental se ha caracterizado en los últimos años por un fuerte crecimiento a pesar de la mejora que se ha ido produciendo en los índices de incidencia de las principales enfermedades orales.
Ese incremento ha estado asociado a la mejora en el nivel de renta per cápita pero, también, a un cambio de naturaleza cualitativa en las expectativas que los pacientes ponen en los tratamientos dentales.

La sociedad ha evolucionado al ritmo que lo hacía la salud en general y ello ha repercutido sobre una mejora en la esperanza de vida. El bienestar económico ha generado también un cambio en las expectativas y las demandas de los ciudadanos en relación con la salud bucodental y la ha redefinido pasando de ser identificada desde la ausencia de patologías hacia una definición más amplia que implica factores estéticos que hasta hace poco no eran tenidos en consideración pero que pueden tener una amplia repercusión sobre la calidad de vida del paciente.

Consecuentemente, el sector ha ido creciendo al ritmo de esas demandas que parten de la premisa de que la extracción es la opción última y opta mayoritariamente por tratamientos reparadores que requieren de supervisión y tratamientos de mantenimiento con cierta periodicidad, por lo que pueden derivar en una condición crónica y, por lo tanto, necesitada de atención a largo plazo.

Junto a ese cambio en la percepción y definición de la salud oral existen otra serie de factores que han estimulado una mayor demanda de esos servicios .

a) Factores demográficos: el incremento en la esperanza de vida de una población mayor que sigue manteniendo una parte importante de sus dientes naturales demanda, por sí misma, una mayor atención bucodental. De hecho, en el caso concreto de España nos encontramos ante el país con una esperanza de vida más larga de toda la UE lo que redunda en la necesidad de una mayor demanda sobre los sistemas sanitarios para atender a las personas que conviven con enfermedades crónicas en la vejez.

b) Factores estéticos: el aumento de la atención de la población por la odontología estética estimula también el incremento de la demanda de este tipo de servicios que trascienden, en muchas ocasiones, su dimensión relacionada con la salud.

c) Factores clínicos: también se ha producido un incremento de la atención por las enfermedades periodontales y por las maloclusiones que, en numerosos casos, requiere de tratamiento quirúrgico y/o restaurador o corrector.
Este crecimiento de la demanda contrasta con la respuesta que se le ha dado en la mayor parte de países en términos de oferta en un contexto dominado mayoritariamente por la prestación privada de dichos servicios.

[35] https://www.coem.org.es/convenioparamayores
[36] Cuenca E. (2008). "La financiación y organización de los servicios de odontología en Europa". Revista del Consejo de Odontólogos y estomatólogos RCOE, 13; 1:23-30.

Así, según señala la OMS, no se trata tan sólo de que los trastornos de salud bucodental sean caros sino que, por lo general, no forman parte de la cobertura sanitaria universal y, en consecuencia, no son financiados total o parcialmente de forma pública. Por ello, en la mayor parte de países de ingresos elevados los tratamientos odontológicos representan, por término medio, el 5% del gasto total en salud y el 20% de los gastos directos de los pacientes en ese capítulo .

Un análisis general del gasto sanitario en España muestra, a simple vista, que el gasto en salud bucodental por parte de la población es muy elevado y que, al mismo tiempo y dada la falta de cobertura pública de la mayor parte de las prestaciones relacionadas con la salud oral, ese gasto se cubre de forma privada y, en consecuencia, también se presta de forma privada.

De hecho, en el caso de España, a pesar de la universalidad de la mayor parte de las prestaciones sanitarias, la cobertura pública ha ido disminuyendo en los últimos años, especialmente en el caso de los medicamentos, y no incluye la atención dental, lo que genera inequidades y mayores necesidades no cubiertas para las personas de bajos ingresos.

Esta tendencia a la prestación privada de servicios de salud bucodental es general en la mayor parte de los países de nuestro entorno. Sin embargo, en España los datos demuestran que hay una distancia muy importante con respecto a la media europea en estas prestaciones en concreto.

Así, como puede apreciarse en el Gráfico 1, el gasto sanitario público en salud bucodental en España apenas representaba en 2021 el 2% del gasto sanitario total, frente a un 31% de media en la UE, solo asimilable al porcentaje que representan los equipos terapéuticos, como gafas y lentillas, audífonos o sillas de rueda, por ejemplo .

Gráfico 1. Gasto público como porcentaje del gasto sanitario total por tipo de servicio



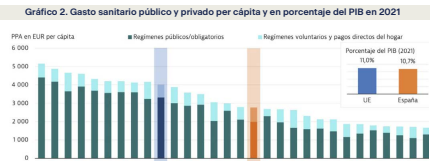
Fuente: OCDE (2021).

Además, también según la OCDE, el gasto sanitario per cápita en España (ajustado según diferencias en paridad de poder adquisitivo) fue en 2021 de 2.771 euros frente a los 2.488 euros de 2019. Sin embargo, a pesar de este incremento, el gasto sanitario per cápita sigue siendo en nuestro país un 31,2% inferior a la media de la UE, que fue de 4.028 euros. Por otra parte, el gasto sanitario supuso el 10,7%% del PIB, también por debajo de la media de la UE, aunque a menos distancia que el gasto per cápita, que es casi un punto superior (11,0%).

[37] *OMS (2020): Salud bucodental. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health*

Por otro lado, el gasto público representaba el 71,6% de todo el gasto sanitario (público y privado) en 2021, lo que nos situaba nuevamente por debajo de la media de la UE en más de 10 puntos (81,1%), ampliándose la distancia con respecto a 2019. Esto se traduce en que en España las familias tienen que hacer frente a un mayor desembolso en términos de pagos directos y seguros de cobertura específicos voluntarios que la media de la ciudadanía del resto de la UE, tal y como se aprecia en el Gráfico 2 . Así, los pagos directos en sanidad representaban más de una quinta parte del gasto sanitario total (21%), lo que se encuentra por encima de la UE, que era del 14,5% en 2021.

Gráfico 2. Gasto sanitario público y privado per cápita y en porcentaje del PIB en 2021



Nota: la media de la UE es ponderada.
Fuente: estadísticas sobre salud de la OCDE 2023 (datos correspondientes a 2021, excepto en el caso de Malta, que corresponden a 2020).

Fuente: OCDE (2021).

Sin embargo, la OCDE también destaca que la protección financiera de España es elevada y que la incidencia del gasto en pagos directos catastróficos es baja, en comparación con otros países de la UE, gracias a los sólidos acuerdos de redistribución españoles .

En cualquier caso, estas diferencias en términos de nivel de gasto y de estructura diferencial del mismo entre gasto público y gasto privado resulta singularmente relevante en el caso de la atención dental. De hecho, la propia OCDE lo remarca como uno de los elementos débiles del sistema sanitario español en términos de accesibilidad al mismo.

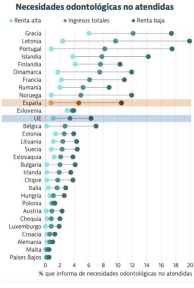
Así, su informe sobre el Perfil Sanitario de España 2023 indica que, en términos generales, en 2022, las necesidades insatisfechas de servicios médicos en términos de gasto, distancia o tiempos de espera son muy bajas (solo un 1,2% de la población señalaba necesidades en ese sentido; mientras que la media de la UE es del 2,2%), sin que se apreciaran diferencias en las necesidades no atendidas de las personas pertenecientes a los quintiles de renta más baja y más alta.

[38] *OCDE: State of Health in the EU. España. Perfil sanitario nacional 2021.*
[39] *OCDE: State of Health in the EU. España. Perfil sanitario nacional 2023.*
[40] *OCDE: State of Health in the EU. España. Perfil sanitario nacional 2023, p.9.*

Sin embargo, en el terreno de la atención dental las necesidades son mayores. Y, así, a pesar de que la tasa total de necesidades no atendidas de atención odontológica ha disminuido con el tiempo, en 2022 el 4,6% de la población española declaró haber renunciado a este tipo de atención (la media de la UE es del 3,4%) .

La tasa es mucho más alta en las personas pertenecientes al quintil de renta más baja (10,5%) que en el de renta más alta (0,8%); en consecuencia, existe un claro patrón socioeconómico en términos de necesidades insatisfechas, como lo demuestra el hecho de que la tasa de necesidades insatisfechas en materia de atención dental es 13,1 veces superior entre las personas del quintil de menores ingresos que entre las del quintil de ingresos más elevados, agravándose esas necesidades para determinados colectivos vulnerables como son los solicitantes de asilo, los migrantes irregulares y las personas sin hogar (Gráfico 3).

Gráfico 3. Necesidades dentales insatisfechas en 2022



Fuente: OCDE (2021).

[4] En 2019, el 5% de la población (un punto porcentual más que en 2017) aseguraba que tenía que prescindir de servicios dentales por motivos relacionados con el coste, la distancia o los tiempos de espera. OCDE: State of Health in the EU. España. Perfil sanitario nacional 2021

Finalmente, y en relación con la estructura del gasto, también hay una diferencia significativa en España con respecto a la UE en relación con los pagos directos que la ciudadanía tiene que asumir privadamente. Así, mientras que esos pagos directos en gasto sanitario supusieron en España en torno al 21% en 2021, la media de la UE fue del 15% y se centró esencialmente en los capítulos de medicamentos y en la atención dental.

De hecho, el gasto dental supone en España un 15% de los gastos directos mientras que en la Unión Europea es del 10% (Gráfico 4).

Gráfico 4. Distribución pagos directos tipos de actividades (2021).



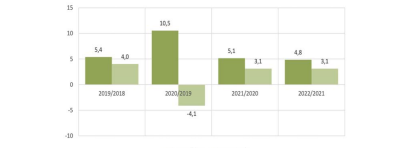
Notas: el seguro médico voluntario incluye otros regímenes voluntarios de prepago. La media de la UE es ponderada.
Fuentes: estadísticas sobre salud de la OCDE de 2023, base de datos de Eurostat (datos correspondientes a 2021).

Fuente: OCDE (2023)

Evidentemente, todo ese gasto directo repercute en un mayor nivel de gasto de las familias en el sector privado . Así, según el Sistema de Cuentas de Salud, los hogares españoles dedicaron, en 2022, 34.676 millones de euros en gasto sanitario privado, lo que representaba el 25,9% del gasto sanitario total.

Entre 2018 y 2022 el gasto sanitario privado creció de media un 1,5% anual, aunque esa tasa de crecimiento oculta la fuerte expansión que se produjo del gasto sanitario público y la caída del gasto sanitario privado a raíz de la pandemia de Covid, tal y como se recoge en el Gráfico 5.

Gráfico 5. Gasto sanitario público y privado en España. Tasa de variación interanual (en %).



Fuente: Sistema de Cuentas de Salud.

[41] *https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/SCSprincipalesResultados.pdf*

En materia concreta de asistencia bucodental, del gasto sanitario total en servicios ambulatorios de 2022, que ascendió a 28.069 millones de euros, se destinaron 3.748 millones de euros (un 13,35% del total) a consultorios odontológicos, siendo ese monto abrumadoramente privado: mientras que el gasto público fue tan solo de 74 millones de euros (el 0,4% del gasto sanitario público total), el gasto privado fue de 3.674 millones, lo que supuso el 35,9% del gasto sanitario privado total.

Si se sale del ámbito estadístico del Sistema de Cuentas de la Salud y se entra en el más amplio de la Encuesta de Presupuestos Familiares del INE encontramos que los hogares españoles pagaron en materia de servicios dentales en 2023 algo más de 4.231 millones de euros.

Así puede constatarse en la Tabla 1, en donde se recoge el gasto en servicios dentales de las familias según el detalle de la Encuesta de Presupuestos Familiares entre los años 2006 y 2023.

Tabla 1. Servicios dentales (total nacional)

	Gasto total (miles €)	Gasto medio por hogar	Gasto medio por persona
2023	4.231.042,88	219,12	88,14
2022	4.038.116,86	212,15	85,88
2021	3.739.606,7	198,22	79,85
2020	2.611.183,75	138,56	55,68
2019	3.047.504,75	162,60	65,33
2018	3.028.434,60	162,58	65,41
2017	3.260.180,17	176,11	70,75
2016	3.369.982,55	182,71	73,30
2015	3.679.582,32	200,26	80,05
2014	3.595.198,77	196,42	78,17
2013	3.015.040,49	165,55	65,34
2012	3.381.327,26	186,90	72,99
2011	3.347.153,26	187,02	72,28
2010	3.482.492,11	197,37	75,46
2009	3.555.098,13	204,50	77,34
2008	3.587.413,23	210,19	78,69
2007	3.078.160,09	184,95	68,60
2006	2.794.510,43	172,72	63,48

Fuente: Encuesta Presupuestos Familiares (INE). Elaboración propia



[24] Thomson, (2014): "Epidemiology of oral health conditions in older people". Gerodontology, vol.31. doi: 10.1111/-ger.12085

Según dicha Encuesta, el gasto medio por hogar en 2023 fue de 219,12 euros anuales y el gasto per cápita de 88,14 euros. Además, puede apreciarse cómo el gasto total fue cayendo desde 2015 en términos absolutos hasta la llegada de la pandemia de Covid19 en 2020; a partir de ahí, se produce un repunte significativo tanto en 2021 como, especialmente, en 2022 y 2023, alcanzando este último año los mayores niveles tanto en gasto total como por hogar y per capita.

Pero, además, la Encuesta de Presupuestos Familiares también muestra las desigualdades de gasto a nivel territorial entre las diferentes Comunidades Autónomas (Tabla 2).

Tabla 2. Gasto en servicios dentales por CCAA.

	Gasto total	Gasto medio por hogar.	Gasto medio por persona
	2023	2023	2023
Total Nacional	4.231.042,88	219,12	88,14
Andalucía	731.681,55	217,50	85,45
Aragón	125.503,49	224,53	94,17
Asturias, Principado de	97.509,10	215,06	97,45
Balears, Illes	124.172,62	271,05	102,43
Canarias	146.630,01	172,30	66,25
Cantabria	56.175,76	228,49	96,13
Castilla y León	192.623,87	183,51	81,50
Castilla - La Mancha	172.049,60	206,54	82,69
Cataluña	678.775,69	216,88	86,05
Comunitat Valenciana	317.310,25	148,40	60,60
Extremadura	98.987,58	223,45	94,50
Galicia	233.367,11	208,95	87,07
Madrid, Comunidad de	862.331,86	319,11	125,13
Murcia, Región de	140.669,06	248,50	90,66
Navarra, Comunidad Foral de	56.818,66	212,65	84,81
País Vasco	154.780,37	164,08	70,32
Rioja, La	34.915,18	256,79	108,70

Fuente: Encuesta Presupuestos Familiares (INE). Elaboración propia

Como apreciarse el gasto per cápita es casi el doble en la Comunidad de Madrid (125,13 euros/año), que es en donde más se gasta, que en la Comunidad Valenciana (60,60 euros/año), que es, sorprendentemente, donde menos se gasta.

La conclusión que puede extraerse de esta distribución del gasto apunta en el mismo sentido que las que se señalaban más arriba en relación con la situación de la salud bucodental de los españoles: existen fuertes niveles de desigualdad, no sólo en términos personales, sino también en términos territoriales que sin una actuación compensadora y unificadora por parte de las autoridades se mantendrán y agravarán en el tiempo.

DONTE GROUP
Cuidamos tu salud bucodental

CAPÍTULO 4

Los problemas de accesibilidad en salud bucodental de los adultos mayores en españa

En la medida en que la propuesta que se plantea para este informe es la de una ampliación de la cartera de salud bucodental para las personas mayores de 65 años que permita enfrentar, no solo el patrón de desigualdad que existe en su acceso a los servicios de atención bucodental sino también la mejora en sus condiciones de vida, es útil rescatar algunos rasgos estilizados de ese patrón de desigualdad que se han desarrollado en otros informes anteriores para, posteriormente, analizar el caso concreto de los problemas de inaccesibilidad por motivos económicos y los costes que la falta de cobertura para estas personas tiene no solo sobre sus condiciones de vida sino, también, sobre el conjunto del sistema sanitario público.

Esos rasgos estilizados pueden sintetizarse en los siguientes :

a) Existe un gradiente socioeconómico en la presencia y prevalencia de la enfermedad: son más frecuentes en las clases bajas que en las altas las caries, las piezas extraídas, la falta de piezas, el sangrado de encías y el movimiento de piezas.

En cambio, son más frecuentes en las clases altas las obturaciones, la presencia de coronas o prótesis y la conservación de todas las piezas naturales de la dentadura.

Así, entre las clases bajas existe una mayor prevalencia de caries y enfermedades periodontales, un peor tratamiento de la enfermedad cuando esta se ha presentado y un peor estado de la salud bucodental en general. Mientras que entre las clases altas la prevalencia de enfermedad es menor y los tratamientos han podido ser los adecuados o, al menos, son más frecuentes.

b) Ese gradiente socioeconómico también se constata a nivel territorial, siendo las Comunidades Autónomas de menor renta per cápita las que mayor prevalencia de la enfermedad presentan (Murcia, Andalucía, Extremadura, Galicia y Canarias, de mayor a menor prevalencia).

c) El gradiente social también alcanza al tipo de servicio al que acuden las diferentes clases sociales: así los servicios públicos son más consultados por las clases menos favorecidas, mientras que las clases altas acuden solo a las consultas privadas.

d) En cuanto al acceso a los servicios, puede afirmarse que se encuentra inversamente relacionado con la necesidad de estos o, dicho de otra forma, **quienes más necesitados se encuentran de atención bucodental son los que menos acceden a los servicios bucodentales.**

Así, es normal que aumente el tiempo transcurrido desde la última consulta al dentista conforme se baja en la escala socioeconómica.

Este patrón también se repite en función de la actividad económica y de si se trata de población activa o inactiva. Los estudiantes, seguidos de los trabajadores, fueron las categorías de actividad económica que declararon mayor proporción de consultas al dentista en el último año; mientras que los menores porcentajes se encontraron entre los jubilados y quienes realizan las tareas del hogar, lo cual introduce un elemento significativo en términos de desigualdad de género que contrasta con la mayor frecuencia, en términos generales, con que las mujeres visitan al dentista frente a los hombres. Por su parte, las personas desempleadas y las incapacitadas para trabajar declararon con mayor frecuencia que no habían ido nunca al dentista.

[43] *Vitaldent (2021): "Propuesta para una ampliación inclusiva de la asistencia bucodental en España".*

e) La desigualdad también está presente en el tipo de asistencia que se demanda cuando se acude a la clínica odontológica, primando la componente preventiva cuanto más elevado es el nivel social.

Así, conforme se asciende en la clase social son más frecuentes las revisiones, las higienes dentales, los tratamientos de ortodoncia, la aplicación de flúor y el tratamiento de las enfermedades periodontales

En cambio, son más frecuentes según se desciende en la escala social las exodoncias dentales, las obturaciones o endodoncias y las coronas o prótesis.

Evidentemente, todo ello se traduce en una mayor vulnerabilidad cuanto más bajo es el estrato social y cuanto mayor es la edad, confluyendo entre los adultos mayores la necesidad de una mayor atención, por un lado, y los problemas económicos para atenderlos de

1. Los problemas de la accesibilidad de los adultos mayores: una nueva dimensión de la desigualdad

Una de las causas del impacto de las expresiones de desigualdad en la salud bucodental y dela importancia de los factores socioeconómicos para explicarlas es la posibilidad de que las personas no puedan acceder a los servicios de atención bucodental por motivos económicos.

Además, en el caso de los adultos mayores de 65 años, a la dificultad económica puede unírsele la derivada de la existencia de problemas de movilidad, de falta de autonomía personal o del hecho de que se encuentren ingresadas en centros residenciales. En esos casos, aunque la asistencia médica y de enfermería se presta habitualmente por personal de su centro de salud de referencia, se trata de pacientes que, para la asistencia odontológica, requieren ser desplazados por sus familiares, por lo que en ocasiones tendrán problemas de accesibilidad que no pueden solucionar por sí mismos, aun cuando el componente económico no fuera un obstáculo. Así mismo, se trata de personas que pueden estar tomando medicamentos que dificultan o interactúan con los tratamientos odontológicos y que exigen una atención específica.

Todo lo anterior explica que se trate de pacientes con unas características diferenciales desde el punto de vista de sus necesidades en materia de salud bucodental y, en consecuencia, más allá de su posible inclusión como beneficiarios de cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud requerirían que ésta también se ampliara para ofrecerles un tratamiento adecuado a sus necesidades concretas, tanto en términos de accesibilidad como de tratamiento.

Y es que no se puede obviar, como se ha expuesto más arriba, que las encuestas de salud oral muestran un panorama desolador para las personas que tienen entre 65 y 74 años expresado en términos de unas mayores necesidades de tratamientos restauradores, de la presencia generalizada de cálculos y de bolsas periodontales, de una autopercepción de salud oral negativa y, en definitiva, de múltiples problemas para comer producto de las patologías anteriores .

44 Y, además, hay que tener en cuenta que la estadística obvia a los mayores de 75 y mucho más a los mayores de 80, que presentan esas patologías más agravadas u otras diferentes propias de edades más avanzadas

En este sentido, este grupo poblacional, que viene aumentando su peso demográfico y que lo seguirá haciendo en las próximas décadas, no debería de ser objeto de una atención menor que el grupo de mujeres embarazadas o de la población infantojuvenil que sí están cubiertas dentro de la cartera común de servicios como grupos de riesgo.

Y, así, pese a que la población infantojuvenil y las mujeres embarazadas tienen unos datos objetivos de salud oral mucho mejores que los de los adultos mayores y muy mayores la atención bucodental comparativa entre ellos se encuentra absolutamente desequilibrada en perjuicio de estos últimos.

De cara a reforzar la necesidad, no solo de la inclusión de este grupo poblacional entre los grupos cubiertos por la cartera común de servicios, sino también de impulsar la ampliación de la propia cartera para ofrecerles un tratamiento específico que se ajuste a sus características particulares, a continuación se expondrán los dos principales problemas de accesibilidad a los que los adultos mayores se enfrentan.

Así, en primer lugar, se planteará la cuestión de su inaccesibilidad por motivos económicos y, a continuación, la relacionada con aquellos adultos mayores que viven solos en sus domicilios o se encuentran ingresados en centros residenciales y en donde el problema de accesibilidad está relacionado más con la falta de autonomía personal que con los problemas económicos, aunque, evidentemente, no cabe descartar la confluencia de ambas limitaciones.

2. Los problemas de inaccesibilidad por motivos económicos

En materia de inaccesibilidad por motivos económicos la Encuesta Nacional de Salud 2017 continuó el análisis de esa dimensión que se inició en la de 2014 y que permitía perfilar con mayor precisión la dimensión del problema. Esta encuesta aún no se ha actualizado, por lo que no se cuenta con un registro más reciente que permita realizar un análisis continuado en el tiempo de este problema.

Por otro lado, la OMS en 2021realizó un estudio específico sobre los problemas de accesibilidad a servicios médicos por motivos económicos y en el que existe un apartado específico para la cuestión de la salud dental en España . Finalmente, los datos de la Encuesta Europea de Salud con una metodología asimilable a la de la Encuesta Nacional de Salud han permitido una actualización parcial de la información sobre problemas de accesibilidad al año 2020 de los datos de la Encuesta española. Ambas encuestas, tanto la nacional como la europea, tratan de estimar la percepción subjetiva de falta de accesibilidad a la atención sanitaria por motivos económicos en materia de atención dental, de atención médica, de atención mental y de acceso a los medicamentos recetados a lo largo del año anterior a la de la realización de la encuesta.

Los datos no dejan lugar a dudas: la inaccesibilidad a tratamientos dentales por motivos económicos presenta el resultado más elevado de todos los tipos estudiados; se incrementó como consecuencia de la crisis económica de 2008 y su incremento fue especialmente acusado a partir de la misma: el porcentaje de personas en el quintil más pobre con necesidades insatisfechas de atención dental era el doble en 2019 que en 2006 (12% frente al 6%) .

Así, en términos generales, y según la Encuesta de Salud Europea (2020), un 9,25% del total de la población de 15 y más años declaró inaccesibilidad a la atención dental por motivos económicos en los últimos doce meses anteriores a la realización de la encuesta.

Esta situación de falta de accesibilidad presenta, además, una desigualdad añadida en términos de género: las mujeres declararon inaccesibilidad con mayor frecuencia que los hombres (10,04% vs 8,42%).

Mientras que, por grupo de edad, el porcentaje aumenta hasta los 45-54 años (8,66%) y luego disminuye progresivamente hasta alcanzar el 6,77% en mayores de 84 años.

Esta distribución por grupo de edad se presenta tanto en hombres como en mujeres. Así, la Tabla 3, recoge los porcentajes de inaccesibilidad económica de las personas mayores de 65 años, estratificados en diferentes cohortes.

Mientras que, por grupo de edad, el porcentaje aumenta hasta los 45-54 años (8,66%) y luego disminuye progresivamente hasta alcanzar el 6,77% en mayores de 84 años. Esta distribución por grupo de edad se presenta tanto en hombres como en mujeres. Así, la Tabla 3, recoge los porcentajes de inaccesibilidad económica de las personas mayores de 65 años, estratificados en diferentes cohortes.

Tabla 3. Inaccesibilidad a atención dental por motivos económicos en los últimos 12 meses según sexo y grupo de edad (en %)

	Si		
Grupo de edad	Hombres	Mujeres	Total
Total población de 15 y +	8,42	10,04	9,25
De 65 a 74 años	6,59	8,73	7,75
De 75 a 84 años	4,14	9,63	7,12
De 85 y más años	3,72	4,10	3,96

Fuente: Encuesta Europea de Salud (2020). Ministerio de Sanidad. Elaboración propia

[46] Urbanos-Garrido R, Peña-Longobardo LM, Comendeiro-Maaløe M, Oliva J, Ridao- López M, Bernal-Delgado E (2021). "¿Se puede permitir la gente pagar por la atención sanitaria? Nueva evidencia sobre la protección financiera en España". Copenhague, Oficina Regional de la OMS para Europa.

[46] La periodicidad de la Encuesta Europea de Salud es quinquenal, alternándose cada dos años y medio con la Encuesta nacional de salud, con la que comparte un grupo de variables armonizadas.

[47] Urbanos- Garrido et alli (2021, p. 19).

Como puede apreciarse, los problemas de inaccesibilidad por motivos económicos disminuyen con la edad y es del 7,75% para el grupo de 65-74 años; del 7,12% para el de 75 a 84 años y del 3,96% para los mayores de 85 años frente a un porcentaje del 9,25% para el conjunto de la población de 15 y más años.

Esta mejora en los niveles de inaccesibilidad para los adultos mayores se ve confirmada también cuando se analiza el problema en función del nivel de actividad (Tabla 4). Así, el 22,5% de las personas incapacitadas para trabajar y el 19,4% de las que se encontraban en situación de desempleo declararon no haber podido acceder a la atención dental por motivos económicos. En el extremo opuesto, solo el 6,92% de las personas jubiladas declararon tener problemas de inaccesibilidad, un porcentaje inferior al de las personas que se encontraban trabajando y tan sólo inferior al que presentaban los estudiantes (el 7,84% y el 5,3%, respectivamente).

Tabla 4. Inaccesibilidad a la atención dental por motivos económicos según actividad económica (población de 15 y más años, en %)

Actividad económica	Si	No
Trabajando	7,84	83,80
En desempleo	19,46	73,27
Jubilado	6,92	81,75
Estudiando	5,36	84,83
Incapacidad para trabajar	22,53	67,70
Labores del hogar	11,98	76,89

Fuente: Encuesta Europea de Salud (2017). Ministerio de Sanidad. Elaboración propia

Por otra parte, también se confirma una brecha de género persistente en materia de inaccesibilidad por motivos económicos que se amplía conforme aumenta la edad: si para el conjunto de la población la diferencia es de 1,62 puntos (10,04% para las mujeres frente a un 8,42% para los hombres), para el grupo de 75 a 84 años la brecha es de 5,49 puntos, lo que podría estar reflejando tanto desigualdades socioeconómicas como también una mayor esperanza de vida con menores recursos o diferencias en las prioridades de salud, aunque se ha podido constatar que las mujeres muestran una mayor preocupación por su salud bucodental expresada en términos de mejores hábitos de cuidados y mayor asistencia a revisiones periódicas a las clínicas .

[44] También cabe apuntar a la posibilidad de que ese dato atípico tan elevado para el grupo de mujeres entre los 75 y los 84 años obedezca a limitaciones muestrales.
[45] Nuevamente aquí cabe plantear la posibilidad de que el grupo de 85 y más años, al ser demográficamente menor, los resultados que ofrece la encuesta no sean totalmente representativos.

El grupo con menor problema de accesibilidad es el del colectivo de mayores de 85 años. En este caso, las razones pueden ser diversas pero, entre las más plausibles, se encuentra la menor percepción de la necesidad de atención dental y la priorización de otros aspectos de la salud (por ejemplo, enfermedades crónicas), alimentada por una cultura de resignación ante problemas dentales que les indujera a reducir su demanda. Además, la pérdida natural de piezas dentales en esta etapa de la vida podría disminuir la necesidad de tratamientos costosos, al margen de que la mayor dependencia de cuidadores o familiares, podría facilitar económicamente el acceso a servicios dentales, especialmente en casos de emergencias o dolor agudo .

Por otra parte, la presencia de un gradiente socioeconómico a nivel general entre toda la población, agravado con brecha de género, permite intuir que en el caso de las personas mayores ese componente también se mantendrá y, en consecuencia, los problemas de accesibilidad se concentraran en los estratos sociales más bajos (Tabla 5).

Así, y para el conjunto de la población mayor de 15 años, solo el 2,1% de nivel social más elevado presenta problemas de accesibilidad económica mientras que para el nivel social inferior es del 17,02%, esto es, una brecha de casi 15 puntos. Ahora bien, si se distingue por género, la brecha es de 16 puntos en mujeres (del 2,4% al 18,5%) y de algo más de 13 puntos en hombres (del 1,8% al 15,09% en hombres).

Tabla 5. Inaccesibilidad a la atención dental por motivos económicos según clase social (población de 15 y más años; Total, Hombres y Mujeres en %)

Clase Social	Si			No		
	T	H	M	T	H	M
I	2,10	1,80	2,40	91,86	91,51	92,21
II	3,40	2,40	4,30	89,69	90,45	89,00
III	5,71	5,99	5,46	85,55	83,32	87,51
IV	10,18	9,29	11,20	80,48	80,38	80,61
V	11,49	10,43	12,60	78,33	77,67	79,03
VI	17,02	15,09	18,59	72,05	71,85	72,22

Fuente: Encuesta Europea de Salud (2020). Elaboración propia.

Algo similar cabe esperar del nivel de estudios: un 12% de personas con estudios básicos tiene problemas de accesibilidad frente a un 4,4% con estudios superiores (Tabla 6).

Tabla 6. Inaccesibilidad a la atención dental por motivos económicos según nivel de estudios (población de 15 y más años, en %)

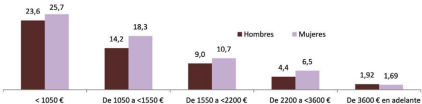
Nivel de estudios	Si	No
Básico e inferior	12,08	76,64
Intermedio	9,36	82,22
Superior	4,43	88,96

Fuente: Encuesta Europea de Salud (2020). Elaboración propia.

Finalmente, la Encuesta Europea no permite entrar en un nivel detalle ligeramente superior y, en consecuencia, no identifica los problemas de accesibilidad en función de los ingresos netos del hogar, como sí hacía la Encuesta Nacional de Salud (2017).

Ésta distinguía cinco categorías de hogares en función de los ingresos netos y los problemas de accesibilidad en función del género (Gráfico 6).

Gráfico 6. Inaccesibilidad a la atención dental por motivos económicos, según sexo e ingresos netos del hogar. Población de 15 y más años (en %).



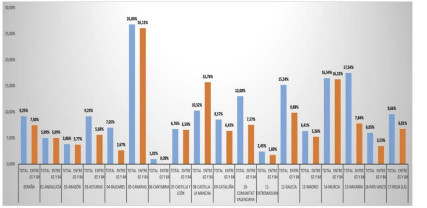
Fuente: Encuesta Nacional de Salud (2017). Ministerio de Sanidad.

Como puede apreciarse, los ingresos netos del hogar, muy por encima de la clase social, constituyen una variable determinante a la hora de explicar la accesibilidad a las prestaciones dentales y confirma la percepción de que los problemas de accesibilidad se concentran en los estratos inferiores de renta. Conforme aumentan los ingresos el descenso en los problemas de accesibilidad caen de forma drástica y se intensifican las repercusiones de la desigualdad económica sobre la salud y el bienestar de las personas.

Así, una de cada cuatro personas que vive en hogares con unos ingresos netos inferiores a 1050€ mensuales presenta problemas de accesibilidad a la atención dental, mientras que en los hogares en los que los ingresos netos son superiores a 3600 euros o más, algo menos de dos personas de cada diez tienen esos problemas. Existen 23 puntos de diferencias en los problemas de accesibilidad entre ambos tipos de hogares.

Finalmente, se ha analizado la diferencia en los problemas de inaccesibilidad por motivos económicos entre el conjunto de la población mayor de 15 años y el grupo de adultos mayores entre 65 y 84 años por comunidades autónomas para tratar de identificar si existe algún patrón territorial de distribución de la inaccesibilidad y, al mismo tiempo, para conocer las diferencias en la inaccesibilidad por motivos económicos al interior de cada comunidad entre el conjunto de la población y los adultos mayores (Gráfico 7).

Gráfico 7. Problemas de inaccesibilidad a la atención dental por motivos económicos, por Comunidad Autónoma. Población de 15 y más años y población entre 65 y 84 años (en %).



Fuente: Encuesta Europea de Salud (2020). Elaboración propia.

Como puede constatarse, la salud bucodental, pilar fundamental del bienestar integral, sigue siendo en España un privilegio al que no todos acceden por igual. Los datos de la Encuesta Europea de Salud 2020 revelan un panorama fracturado, donde la posibilidad de recibir atención dental se ve condicionada por la Comunidad Autónoma de residencia.

Así, a nivel nacional, el 9,25% de la población reconoce no haber podido acceder a tratamientos dentales en el último año por motivos económicos. Sin embargo, este promedio oculta grandes disparidades. En Canarias, una de cada cuatro personas (26,84%) enfrenta esta realidad, un porcentaje que triplica la media española y que se mantiene alarmantemente alto incluso entre los mayores de 65 a 84 años (26,12%). Este valor cuadruplica la media nacional (7,5%) y refleja problemas estructurales como pensiones bajas, alto coste de vida, dispersión insular y falta de servicios accesibles en zonas rurales.

No muy lejos, Murcia (16,32%) y Castilla-La Mancha (15,76%) completan el trio de regiones donde un mayor porcentaje de adultos mayores se enfrentan a problemas de accesibilidad a la salud bucodental. El caso de Castilla-La Mancha presenta una anomalia preocupante: la inaccesibilidad en mayores supera la tasa general de la región (10.32%), lo que sugiere una desproteccion especifica hacia este grupo. Mientras que el caso de Murcia indica una brecha socioeconómica aguda en una región con altos niveles de pobreza relativa.

En el extremo opuesto, destacan Cantabria con una tasa de inaccesibilidad que no llega al 1% de la población de adultos mayores; o Baleares, donde la inaccesibilidad de los mayores cae al 2,67% frente al 7,05% del total.

En este sentido, resulta interesante destacar que existen comunidades que presentan brechas positivas, en el sentido en el que los adultos mayores tienen menores problemas de accesibilidad que el resto de la población. Es el caso de Baleares o Asturias. Y comunidades donde existen brechas negativas, y donde los problemas de inaccesibilidad de los adultos mayores superan a los de la población general. Y en este grupo destacarían, por ejemplo, Navarra y Galicia.

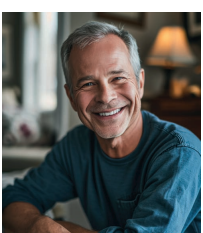
Igualmente, también es llamativo que no existe un patrón de inaccesibilidad vinculado a la renta per capita de la comunidad.

Así, las poblaciones de Comunidades Autónomas relativamente más pobres, como Extremadura, expresan menos problemas de accesibilidad que las de otras con niveles muy superiores de renta media, como puede ser el País Vasco. Y resulta singularmente llamativo el dato de Canarias que prácticamente ha duplicado la población con problemas de accesibilidad entre la Encuesta de 2017 y la de 2020.

En conclusión, se aprecia que el gradiente socioeconómico, y las diferentes dimensiones que conforman el mismo (clase social, situación de actividad o inactividad o nivel educativo, por ejemplo), constituyen una importante barrera en términos de accesibilidad a servicios que tienen una incidencia decisiva sobre la salud y bienestar de la población de adultos mayores españoles.

Esto también puede expresarse de otra forma más cruda: el coste de los servicios de atención bucodental constituye un elemento excluyente de un volumen importante de la población mayor enferma, aun cuando, en términos generales, esta población tiene una tasa de inaccesibilidad menor que la del conjunto de la población.

Además, esa dificultad para la acceder a servicios necesarios se traduce en que las visitas de una gran parte de la población no se producen para realizar una revisión del estado de su salud bucodental, reforzando así la prevención y la anticipación a la enfermedad, como si ocurre cuando la posición socioeconómica es mejor;



En este sentido, cabe recordar que España mantiene 6 puntos de diferencia con respecto a la media de la UE en lo que a pagos directos en el gasto sanitario se refiere, siendo los capítulos de medicamentos y atención dental, aquellos en los que las diferencias son más marcadas. Así, mientras que esos pagos directos en gasto sanitario supusieron en España en torno al 21% en 2021, la media de la UE fue del 15% y se centró esencialmente en los capítulos de medicamentos y en la atención dental . De hecho, el gasto dental supone en España un 15% de los gastos directos mientras que en la Unión Europea es del 10%. Evidentemente, todo ese gasto directo repercute en un mayor nivel de gasto de las familias en el sector privado.

La comparativa a nivel internacional muestra que la carga que los ciudadanos españoles privadamente en términos de pagos directos por distintos tipos de prestaciones, entre ellas la dental, se encuentra entre las más elevadas de la OCDE. Y tras esa ausencia de financiación pública puede encontrarse una explicación de las barreras de acceso expuestas anteriormente y de las desigualdades en materia de salud bucodental que padece parte de la población.

De hecho, en el estudio de la OMS anteriormente citado se constata que existe un claro gradiente social en el gasto directo en las tres categorías de gasto de la Encuesta de Presupuestos Familiares relacionadas con la atención dental (atención dental, productos sanitarios y atención ambulatoria), así como en los medicamentos y la atención hospitalaria. Los hogares más ricos dedican una mayor parte del gasto directo a las categorías relacionadas con la atención dental y la atención hospitalaria, mientras que los hogares más pobres dedican una mayor parte a los medicamentos. Esto significa que los hogares más pobres priorizan el gasto en medicamentos sobre el gasto en atención dental .
Es más, las dificultades financieras de las familias para atender la atención sanitaria no cubierta por el sistema obedecen en gran medida a los pagos directos por la atención dental. En 2015, la atención dental representaba la mitad del gasto catastrófico en el quintil más pobre y más de dos terceras partes en los otros quintiles. A partir de 2016, tras el cambio en la metodología de la Encuesta de Presupuestos Familiares, las tres categorías de gasto vinculadas con la atención dental representan, de media, casi el 75% del gasto sanitario catastrófico en 2018 .

Es por ello por lo que urge una ampliación de la cartera bucodental que avance hacia la universalización de las prestaciones de atención bucodental, tanto la de los adultos mayores como la del conjunto de la población al igual que ocurre con gran parte del resto de la asistencia médica en España pero que, al menos como un primer paso, pueda atender las necesidades de asistencia de aquellas personas que no pueden cubrirlas por sí mismas.

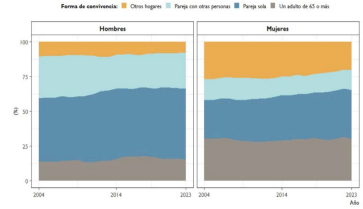
[69] *OCDE: State of Health in the EU. España. Perfil sanitario nacional 2023.*

3. Los problemas de inaccesibilidad por motivos de dependencia y autonomía de los adultos mayores

Junto a este grupo de adultos mayores con problemas de accesibilidad en materia de salud bucodental por motivos económicos se encuentra un colectivo importante de personas mayores que sufre otro tipo de problemas de accesibilidad producto de que viven solos en sus domicilios, sin pareja ni hijos, con graves limitaciones o discapacidades que les impiden acceder de manera sistemática a los servicios básicos de odontología o mantener por sí mismos unos niveles de higiene bucodental mínimos.

Así, en España, los hogares unipersonales o habitados por parejas sin otros convivientes cuyos habitantes tienen 65 o más años mantienen una tendencia creciente. Además, se observa que conforme aumenta la edad se incrementa la probabilidad de vivir en soledad, sobre todo entre las mujeres; mientras que entre los hombres es mayoritaria la convivencia en pareja. De hecho, son mayoritarios los hogares unipersonales habitados por mujeres solas (Gráfico 8).

Gráfico 8. Formas de convivencia de las personas de 65 y más años por sexo (2004-2023)



Fuente: Pérez Díaz et alli (2024)

[51] *Urbanos- Garrido et alli (2021, p. 32).*
[52] *Urbanos- Garrido et alli (2021, p. 65).*

A este grupo de adultos mayores que viven solos de forma independiente hay que añadir los que se encuentran institucionalizados en centros de mayores de corta, media o larga estancia y que también presentan unas necesidades particulares en materia de atención bucodental.

En este sentido, también existen estudios epidemiológicos que han puesto de manifiesto que la salud bucodental de los pacientes mayores institucionalizados suele ser peor que la de los mayores independientes, lo que afecta a su calidad de vida en general. Las condiciones de pluripatología, polimedicación, disminución de la capacidad física o cognitiva se incrementan con la edad y dificulta la realización de una buena higiene oral diaria. A estos problemas se une la infrecuente priorización del cuidado dental por sus cuidadores, las dificultades para su traslado a una clínica dental o la baja autopercepción de su salud oral y de los problemas que una mala salud bucodental acarrean.

Por otra parte, y tal como se ha expuesto más arriba, también se presenta problemas nutricionales en este grupo que están relacionados con una mala salud como la pérdida dentaria, de retención protésica, entre otros factores.

En España, no existen estudios recientes que describan el estado de salud oral de los mayores institucionalizados. Por ello, resulta imprescindible realizar una evaluación del estado de salud oral de los mayores institucionalizados, en la medida en que constituyen un nuevo grupo vulnerable con graves problemas de accesibilidad a la atención bucodental.

Todo ello apunta a que, en la medida en que el aumento de la esperanza de vida y de la población mayor sigue una evolución creciente y con ello el número de personas mayores que o bien viven solas o están ingresadas en centros residenciales, las consecuencias socioasnitarias de una mayor demanda de servicios odontológicos deberían de traducirse también en un incremento de la oferta de servicios y prestaciones de atención sanitaria bucodental en el lugar de residencia, ya sea éste su domicilio particular o el centro residencial en el que se encuentren ingresados.

En efecto, los problemas de salud bucodental de los adultos mayores de 70 años son uno de los problemas de salud más frecuentes en estos casos de aislamiento e internamiento, según pone de manifiesto la literatura epidemiológica al respecto . Esto provoca una merma significativa de su calidad de vida y aumenta el riesgo de que los mismos puedan complicar o generar enfermedades graves importantes en mayores que ya viven, de por sí, en unas condiciones de fragilidad importante, tanto mayor cuanto más elevado es su nivel de aislamiento o su situación de dependencia.

En este sentido, no cabe duda de que una política de asistencia odontológica tanto en los propios domicilios de las personas mayores como en los centros residenciales mejoraría claramente su salud bucodental, el estado y uso de las prótesis dentales, la capacidad funcional oral para masticar y comunicarse y, en términos generales, su calidad de vida .

[53] Spanish Geriatric Oral Health Research Group (2001: "Oral health issues of Spanish adults aged 65 and over". Int Dent J. 2001 Jun;51(3 Suppl):228-34.
Cornejo M, Pérez G, de Lima KC, Casals-Peidro E, Borrell C. (2013): "Oral Health-Related Quality of Life in institutionalized elderly in Barcelona (Spain)". Med Oral Patol Oral Cir Bucal. Vol. 18(2).



Todo ello reviste una singular relevancia si se pone en conexión con el el hecho de que, durante las últimas décadas, uno de los objetivos promovidos por las autoridades sanitarias ha sido que la población llegue a la edad mayor el mayor número posible de piezas, siendo lo ideal que lleguen al menos con 20 piezas. Uno de los efectos inmediatos de las mejoras conseguidas en esas políticas ha sido la disminución acelerada del edentulismo entre los adultos mayores. Una vez alcanzado ese objetivo, las políticas han girado hacia intentar que los adultos mayores mantengan el mayor número de piezas posibles, en lugar de tratar de reponer las ausentes.

En este sentido, sería preciso que las autoridades sanitarias públicas dieran continuidad a estas políticas promoviendo un programa intenso de restauración para el conjunto de la población de adultos mayores pero, singularmente, para los que se encuentran en una situación más vulnerable.

Así, sería preciso promover la generalización de unidades móviles de asistencia y cuidado bucodental que se desplacen a los domicilios de aquellas personas con problemas movilidad y dependencia severa. Pero, además, esta media debería de acompañarse de iniciativas específicas para la atención tanto de los adultos mayores que viven en centros residenciales como de los pacientes institucionalizados. Las opciones de intervención en este último caso son diversas: desde la necesidad de que los centros residenciales con un cierto volumen de población cuenten en sus plantillas con odontólogos a la realización de programas de formación al personal cuidador y tratamientos de higiene y raspado a todos los mayores y especialmente a los mayores de 80 años, en colaboración con los higienistas, con la finalidad de que aquellos mantengan en boca los dientes estratégicos suficientes para que la masticación y la calidad de vida sean óptimas.

Este podría ser un objetivo de salud pública perfectamente asumible dentro de las prioridades de cualquier sistema sanitario, máxime en el español habida cuenta de las importantes limitaciones que presenta el sistema de atención a la dependencia y los cuidados de las personas adultas mayores más vulnerables.

[14] Gil Montoya, JA y Subirá Pifarré, C. (2004): "Programas de asistencia dental domiciliaria: una demanda actual", Atención Primaria, vol 34(7).

CAPÍTULO 5

Una estimación de costes para la ampliación de la asistencia bucodental para los adultos mayores



El planteamiento de una propuesta de extensión de la cartera de asistencia bucodental hasta conseguir que toda la población esté cubierta con unas prestaciones que garanticen unos estándares convenientes de salud, al tiempo que se eliminan las desigualdades en su acceso, parte de la necesidad de realizar una estimación básica de cuánto gasto tendría que asumir el sistema sanitario público para lograr ese objetivo.

En el informe "Una propuesta para una ampliación inclusiva de la asistencia bucodental" se realizaba una primera estimación de dichos costes para el año 2018 , que luego fue actualizada en el informe "Salud bucodental y exclusión por motivos económicos: un coste social evitable" para el año 2021.

Para ello, y partiendo de las limitaciones de información disponible, se elaboraba una metodología que posteriormente fue validada por la comunidad académica mediante la publicación de un artículo científico en la revista Gaceta Sanitaria tras un proceso de revisión por pares .

En este sentido, y para darle continuidad a aquellos informes y su metodología de estimación, en este informe se parte, en primer lugar, de una actualización del cálculo que allí se realizaba sobre el coste que supondría para la sanidad española una ampliación de la cartera de asistencia bucodental que cubriera las necesidades de toda la población y que fuera financiada públicamente, aunque la prestación se realizara fundamentalmente desde el sector privado a través de un régimen de conciertos, tal y como ocurre en las comunidades autónomas que han desarrollados programas PADI para la población infantojuvenil.

Para ello se ha partido del gasto en servicios odontológicos recogido en el Sistema de Cuentas de la Salud para el año 202 y se han actualizado los cálculos para dicho año, el último disponible.

---

[89] *Vitaldent (2021): "Propuesta para una ampliación inclusiva de la asistencia bucodental en España".*
[90] *Donte (2023): "Salud bucodental y exclusión por motivos económicos: un coste social evitable".*
[91] *Montero Soler, A. y Sánchez Martínez, F.I.: "Una aproximación al coste presupuestario de universalizar la salud bucodental en España". Gaceta Sanitaria, vol. 37, 2023. https://www.gacetasanitaria.org/en-una-aproximacion-al-coste-presupuestario-articulo-S0213911122001789.*

1. Actualización de la estimación de costes para el caso de una ampliación universal de la asistencia bucodental

Para realizar una actualización del coste de la ampliación universal de la asistencia bucodental hay que tener en cuenta que en 2022 el gasto corriente en servicios odontológicos fue de 3.748 millones de euros; de los cuales 3.674 millones de euros fueron gasto privado y 74 millones de euros correspondieron a gasto público (Tabla 1).

Tabla 1. Estructura del gasto en servicios odontológicos. España 2003-2018 (€ corrientes)

	GASTO SANITARIO SEGÚN PROVEEDOR			OTRAS VARIABLES DE GASTO EN SERVICIOS ODONTOLÓGICOS	
	Gasto Público (millones €)	Gasto privado (millones €)	Gasto total (millones €)*	% gasto sobre PIB	€ por habitante
2003	52	3.253	3.309	0,41%	78
2004	56	3.672	3.732	0,43%	87
2005	56	3.863	3.923	0,42%	90
2006	59	4.216	4.280	0,43%	96
2007	73	4.651	4.719	0,44%	104
2008	72	5.047	5.124	0,46%	111
2009	74	5.032	5.111	0,48%	110
2010	75	5.170	5.251	0,49%	113
2011	73	4.820	4.899	0,46%	105
2012	74	4.607	4.689	0,45%	100
2013	67	4.047	4.121	0,40%	88
2014	61	4.198	4.265	0,41%	92
2015	57	4.010	4.073	0,38%	88
2016	58	3700	3.763	0,34%	81
2017	58	3.713	3.776	0,32%	81
2018	61	3.756	3.823	0,32%	82
2019	61	3.850	3.917	0,31%	83
2020	59	3.623	3.688	0,33%	78
2021	65	4.184	4.256	0,35%	90
2022	74	3.674	3.748	0,28%	78

Fuente: Sistema de Cuentas de la Salud. Ministerio de Sanidad. Elaboración propia
(*) Las diferencias en la suma obedecen a gasto financiado vía compañías de seguros privadas u organizaciones no gubernamentales

[88] *https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/SCS.htm*

Este gasto representa el nivel de servicios que la población estuvo dispuesta a sufragar en el sector privado para atender sus necesidades bucodentales totales y es el punto de partida que se tomará para realizar una estimación del coste que supondría extender la prestación pública de la salud bucodental para toda la población.

Bien es cierto que esa cifra puede ser objeto de matización al alza y a la baja. Al alza porque ha habido años en que la población realizó un mayor gasto (en 2010 el gasto fue de 5.251 millones de euros) y, por lo tanto, el nivel actual podría encubrir necesidades insatisfechas que no se atienden por diferencias en el ciclo económico. A la baja porque en un esquema de extensión de las coberturas y de la población cabe negociar los precios con los proveedores de servicios privados para que realicen determinadas prestaciones según precio tasado y porque, además, esa cifra incluye intervenciones estéticas que, en principio, no serían cubiertas por el Servicio Nacional de Salud.

En todo caso, y a efectos de un planteamiento inicial más centrado en las grandes cuestiones de fondo que en los números precisos, se asumirá que los efectos al alza y a la baja se compensan entre sí.

A continuación, habrá que estimar en cuánto se incrementa la demanda de servicios bucodentales y, por lo tanto, se acrecienta el presupuesto necesario como consecuencia de que los que eran servicios de provisión privada pasan a ser ahora derechos de asistencia pública financiados desde el Estado.

En ese caso, emergerá la demanda latente que no se atiende por problemas de accesibilidad económica y que se concentra en un estrato social determinado que, a su vez, concentra gran parte de la enfermedad y al que, por otra parte, será necesario incentivar para que acceda a dichos servicios con la finalidad de mejorar el estado de su salud bucodental en particular y de la salud en general.

De la suma de ambas partidas sería necesario deducir, a efectos de calcular el coste neto de la medida, los beneficios que se producirían en términos de minoración de los costes directos e indirectos que las enfermedades bucodentales provocan sobre el conjunto de la sociedad. De momento, y a efectos del planteamiento general, esa deducción no se tiene en consideración, a pesar de que, como se ha comprobado más arriba, no es un impacto menor.

La estimación de en cuánto se puede incrementar la demanda de servicios bucodentales como consecuencia de la ampliación de la cartera y de la universalización de la prestación tiene como referencia la que se realizó para el caso de Australia cuando se planteó, a inicios de la década pasada, una cuestión como la que aquí se plantea.

Según las estimaciones que se realizaron allí, utilizando el experimento de control aleatorio realizado en Estados Unidos por la Rand Corporation, se calculó que reducir el gasto directo de un individuo del 95% a cero, aumentaría la demanda del servicio en un 46%; habida cuenta de que los gastos directos que pagaban los australianos por servicios dentales se situaban en torno al 61,5%, el incremento en la demanda se estimó en un 30%.

Esta metodología, extrapolada al caso de España, en donde los gastos directos suponen el 98,9% del total de gasto, implicaría que la demanda se incrementaría en un 47,9%, siempre y cuando los servicios se pagaran al mismo precio de mercado actual y no se introdujera ningún sistema de copago en función de renta y/o tipo de prestación. Así, por ejemplo, con un copago del 25%, el incremento en la demanda nominal se reduciría al 35,8%.

El otro método alternativo que también se usó fue desarrollado por PricewaterhouseCoopers y consistió en una modelización de la demanda asumiendo que la población pasa a solicitar los mismos servicios que el grupo social de mayores ingresos (y, por lo tanto, teóricamente, de mayor gasto; aunque esta hipótesis es cuestionable porque, al gozar de mejor salud bucodental su gasto en cuidados paliativos es menor). Con ese enfoque se estimó que el uso del servicio aumentaría entre el 11,5% y el 17%, una previsión mucho más conservadora, pero que estaba sustentada sobre supuestos diferentes sobre las coberturas de la asistencia.

Asumiendo la estimación menos conservadora del experimento de la RAND y diferentes posibilidades de copago lineales sobre los servicios (aunque habría que valorar su exención en función de la renta para determinadas personas y/o tratamientos), a continuación se plantean una serie de estimaciones de gasto sobre la base de los niveles de gasto privado de 2022 de los que, por otra parte, tampoco se han deducido los costes directos e indirectos provocados por las enfermedades bucodentales y que se reducirían con la mejora de la asistencia.

Así, se contemplan cuatro escenarios posibles: sin copago, con un copago del 15%, con uno del 25% y con otro del 50%, es decir, con financiación pública del 85%, del 75% o del 50% del coste de los tratamientos. Los efectos sobre el gasto pueden verse en la Tabla 2.

Tabla 2. Simulación de incremento del gasto sanitario dental bajo diversas hipótesis (2022)

	% gasto asumido privadamente	% Δ demanda	Δ Demanda (millones €)	Coste total (millones €)
Sin copago	99%	47,94%	1.761,20	5.435,20
Copago 15%	84%	40,67%	1.494,35	5.168,35
Copago 25%	74%	35,83%	1.316,45	4.990,45
Copago 50%	49%	23,73%	871,70	4.545,70

Fuente: Elaboración propia.

Promemoria: PIB nominal 2022: 1.373.629 millones de €;
gasto sanitario total 2022: 134.023 millones de €.
Gasto bucodental total 2022: 3.748 millones de €

[19] *Newhouse, J.: Free for all? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment. Harvard University Press, Cambridge, Mass. 1993.*

Así, sobre la base de esos cálculos puede comprobarse que, en un sistema sin copagos, el incremento de la demanda esperado sería del 47,94%, lo que elevaría el gasto total en asistencia bucodental hasta llegar a los 5.435,2 millones de euros, esto es, pasaría a suponer un 4,06% del gasto sanitario total y apenas un 0,40% sobre el total del PIB (Tablas 2 y 3). Habida cuenta de que el gasto sanitario en España en 2022 suponía el 9,7% del PIB y se encontraba por debajo de la media del gasto en la UE, el incremento del gasto estimado por ampliación y universalización de la cartera bucodental sería ampliamente asumible.

Tabla 3. Efectos del incremento del gasto sanitario dental bajo diversas hipótesis para la media del periodo 2016-2021

	Coste total (millones €)	% gasto dental / gasto sanitario	% gasto dental / PIB
Sin copago	5.435,20	4,06%	0,40%
Copago 15%	5.168,35	3,86%	0,38%
Copago 25%	4.990,45	3,72%	0,36%
Copago 50%	4.545,70	3,39%	0,33%

Fuente: Elaboración propia.

A partir de ahí, el resto de los escenarios son aún más favorables en términos de menor coste. La introducción de un mecanismo de copago (que se supone lineal pero que habría que diseñar convenientemente en función de nivel de renta de los usuarios y prestaciones recibidas) reduce significativamente el coste de la propuesta incrementando la accesibilidad para todos: abarata el precio para quienes se proveen del servicio en el mercado y lo hace más asequible, de entrada, para quienes no pueden actualmente hacer frente a su precio. Hay que insistir, en cualquier caso, en la necesidad de su correcto diseño para que, al tiempo que permite reducir los costes de la propuesta, se reducen las desigualdades existentes; no tendría ningún sentido que las agravara.

En definitiva, y como puede comprobarse, aún con estimaciones muy poco conservadoras en cuanto al aumento de la demanda provocado por la universalización del servicio y la ampliación de la cobertura (que se correspondería con la que se demanda actualmente en el sector privado) y en ausencia de cualquier tipo de supuestos moduladores del nivel de prestación y de la corresponsabilidad en su financiación, las cifras muestran costes que son asumibles para la cuarta economía de la Unión Europea, máxime si se tiene en cuenta la prevalencia de la enfermedad, la carga económica que genera y sus efectos sobre el bienestar y la calidad de vida de la población.

2. Estimación de costes para una ampliación de la asistencia bucodental para los adultos mayores bajo diversas hipótesis de priorización dentro del colectivo.

En la medida en que este informe tiene por objeto realizar una estimación aproximada de cuánto supondría garantizar el acceso a la cartera de servicios de asistencia bucodental para diferentes colectivos de adultos mayores y que, además, no solo se va a realizar esa estimación a nivel nacional sino también para el caso de cada una de las Comunidades Autónomas, se ha de variar ligeramente la metodología y la fuente de los datos usados en la estimación anterior y que actualizaba la del informe "Una propuesta para una ampliación inclusiva de la asistencia bucodental" de 2021.

Y es que el Sistema de Cuentas de Salud no permite conocer la distribución del gasto por Comunidades Autónomas en servicios dentales, por lo que es preciso recurrir a la información alternativa que proporciona la Encuesta de Presupuestos Familiares. Y, si bien se podría seguir utilizando para el caso estatal el Sistema de Cuentas de Salud para la estimación a nivel nacional y, posteriormente, recurrir a la Encuesta de Presupuestos Familiares para el caso autonómico, con la finalidad de poder realizar una comparación homogénea entre el nivel estatal y los autonómicos, se ha optado por realizar todas las estimaciones a partir de los datos de la Encuesta de Presupuestos Familiares para todos los casos.

Por otra parte, hay que tener en cuenta que, posteriormente a la publicación del informe "Una propuesta para una ampliación inclusiva de la asistencia bucodental", el Ministerio de Salud realizó una estimación del coste que supondría homogeneizar las prestaciones de la Cartera Común de Servicios Bucodentales en el Sistema Nacional de Salud para todo el territorio nacional .

Así, el Ministerio, partiendo del reconocimiento explícito de la ausencia de datos para realizar esa estimación económica y, tras tratar de recabar información de las Comunidades Autónomas (petición a la que no todas respondieron), utilizó una metodología alternativa para realizar la estimación económica del coste que supondría dicha homogeneización de la cartera común.

En este sentido, y a efectos de poder comparar los resultados obtenidos por el Ministerio y los de este informe para el caso concreto de la inclusión dentro de la cartera común de servicios bucodentales a diferentes colectivos de adultos mayores, también se ha realizado la estimación usando la misma metodología que el Ministerio.

Y, así, se estimará mediante ambas metodologías el coste que supondría dicha ampliación sobre la base de que la cartera de servicios dentales a la que tendría acceso esa población sería la misma que actualmente cubre a la población infantojuvenil y que viene detallada en la cartera común del Sistema Nacional de Salud, a pesar de que en el caso de los adultos mayores, y como se ha puesto de manifiesto más arriba, las necesidades son específicas y, mucho más, si se trata de personas ingresadas en centros residenciales o que viven solas con problemas de dependencia.

[49] *https://www.sanidad.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/PlanSaludBucodental/pdf/Plan_ampliacion_cartera_bucodental_.pdf*

La razón por la que se ha elegido este colectivo y, dentro de él, a algunos grupos diferenciados y, al mismo tiempo, el que se haya supuesto que lo que se va a producir -y, por lo tanto, el coste que hay que estimar- es su inclusión en la cartera común de servicios a pesar de que, en la mayor parte de los casos, el tipo de tratamiento que los adultos mayores necesitan es diferente al del resto de colectivos incluidos en la cartera se justifica a partir del contenido del Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2025-2027 publicado en diciembre de 2024 por el Ministerio de Sanidad.

Dicho Plan contempla la inclusión del colectivo en la cartera común de servicios como un objetivo a corto plazo, aunque se especifica que dentro del mismo se priorizará a una parte de él y no a su conjunto y que, además, se trata de una incorporación a dicha cartera y no una modificación de ésta específica para este grupo.

Así, en la Línea Estratégica 3 del Plan, destinada a mejorar la capacidad de resolución de la Atención Primaria, se estable un objetivo 3.2. centrado en la "Ampliación progresiva de la cartera común de servicios de salud bucodental del SNS"; dentro de dicho objetivo, el indicador 1 establece la "Incorporación del colectivo que se priorice entre el grupo de mayores de 65 años en la cartera común de servicios del SNS" y se espera que, para 2027, el 30% de dicho colectivo reciba dicha asistencia .

En este sentido, las estimaciones de este informe ofrecen un rango del coste que supondría la ampliación de la cartera para estas personas y estas variarán en función de las distintas hipótesis acerca de cuál podría ser el colectivo priorizado entre los adultos mayores.
Ese rango, para cada una de las opciones consideradas, vendrá determinado por las diferentes metodologías aplicadas: la del Ministerio opta por una estimación de costes basada en los pagos por capitación, mientras que la basada en los datos de la Encuesta de Presupuestos Familiares se sustenta sobre la base del gasto efectivo real per cápita que la población realiza en servicios bucodentales.

Lo esperable es que el gasto por capitación esté sesgado a la baja con respecto al coste real de la prestación, porque los precios para cada tipo de intervención se encuentran tasados y no son de mercado, mientras que el gasto privado esté sesgado al alza, en la medida en que incluye gastos en prestaciones no financiables por el sector público.

En definitiva, ambas estimaciones nos definen un rango de gasto sobre diferentes criterios que permiten hacerse una idea más aproximada del coste que tendría para la sociedad atender las necesidades de salud bucodental del colectivo de población priorizada.

Ese rango queda definido a través de dos criterios diferentes: en el primer caso, a partir del gasto medio que un ciudadano/a español destina a servicios dentales en el sistema privado para cubrir sus necesidades de salud bucodental; y, en el segundo caso, a partir del gasto medio que actualmente el Estado realiza en la salud bucodental de los grupos sociales que la tienen cubierta. Ambos rangos nos definen un gasto total que podría considerarse máximo en el primer caso y mínimo en el segundo, por cuanto en el primero se cubren todos los tratamientos que una persona puede requerir en el sistema privado y en el segundo se trata del coste para el sector público de una cartera básica y mínima de servicios para esa persona.

[61] *Los colectivos considerados son el total de mayores de 65 años; dos cohortes diferenciadas, la que comprende entre 65 y 79 años y la de más de 80 años; los adultos mayores con problemas de accesibilidad económica y los adultos mayores ingresados en centros residenciales.*
[62] *https://www.sanidad.gob.es/areas/atencionPrimaria/docs/PLAN_-DE_ACCION_DE_ATENCION_PRIMARIA_Y_COMUNITARIA_2025-2027.pdf*
[63] *Es interesante señalar que para el resto de colectivos, el objetivo se cifra en el 70%.*

En cualquier caso, la virtud del rango es que permite fijar una suerte de límites máximos y mínimos del coste que supondría la ampliación de la cartera para esa población y, en consecuencia, traza un escenario que, con un mayor grado de perfilado, puede ser más útil para la toma de decisiones públicas.

2.1. Ampliación para el total de la población mayor de 65 años

En primer lugar, se estima el coste que supondría la inclusión de las personas mayores de 65 años en el apartado de salud bucodental de la Cartera Común de Servicios del Sistema Nacional de Salud.

Esto nos permitirá tener una estimación del rango en el que se podría mover la inclusión dentro de la Cartera Común de todo el colectivo de adultos mayores y puede ser de utilidad para, a partir de ahí, tomar decisiones de política pública de cara a la priorización de determinados colectivos dentro de ese grupo, tal y como se propone en el Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2025-2027 ya referido.

Igualmente, en la medida en que dentro del Plan de Acción no se realiza ningún tipo de indicación que permita identificar qué grupo de adultos mayores serán objeto de tratamiento prioritario, se entiende que esta estimación puede resultar oportuna para perfilar los límites máximos en la ampliación del gasto que sería necesario realizar si se extendiera la cobertura básica a todo ese grupo de personas.

Como se ha expuesto más arriba, la estimación se realiza utilizando ambas metodologías, la propia y la del Ministerio, y los datos de la Encuesta de Presupuestos Familiares, lo que permite extender el análisis hasta el año 2023, como forma de preservar la posibilidad de realizar una comparativa con las estimaciones de las comunidades autónomas.

2.1.a. Estimación basada en el gasto en servicios dentales de la Encuesta de Presupuestos Familiares.

Según la Encuesta de Presupuestos Familiares, las familias españolas gastaron en servicios dentales en 2023 un total de 4.231,8 millones de euros (Tabla 4).

Ese dato se tomará como referencia de cara a la estimación del coste que supondría ampliar la cartera de servicios bucodentales para los adultos mayores.

En cualquier caso, como en el caso de la estimación basada en el Sistema de Cuentas de Salud, rigen las mismas consideraciones que allí se realizaron sobre el gasto y la posibilidad de que éste pueda ser mayor o menor que el recogido en la Encuesta.

Tabla 4. Servicios dentales (total nacional)

	Gasto total (miles €)	Gasto medio por hogar	Gasto medio por persona
2023	4.231.042,88	219,12	88,14
2022	4.038.116,86	212,15	85,88
2021	3.739.606,7	198,22	79,85
2020	2.611.183,75	138,56	55,68
2019	3.047.504,75	162,60	65,33
2018	3.028.434,60	162,58	65,41

Fuente: Encuesta Presupuestos Familiares (INE). Elaboración propia

Por otro lado, también se supone en este caso que el incremento de la población atendida y sus tratamientos se realizan en convenio con el sector privado y no a través del desarrollo de nuevas infraestructuras en el servicio público. La razón es evidente: la red de atención desplegada por el sector privado llega a todo el país y ya presta sus servicios al sector público a través de los programas PADI y mixtos. De alguna forma, en la medida en que lo que se está planteando es incorporar al colectivo de adultos mayores a los programas infantojuveniles ya en vigor junto al de mujeres embarazadas y personas con elevados niveles de dependencia física y psíquica bajo el mismo régimen existente en dichos programas, tiene sentido que las formas de prestación sean similares a las de estos. De hecho, en el caso de la Comunidad Autónoma de Madrid esa ha sido la fórmula que se ha planteado para extender la cobertura de salud bucodental a la población mayor de 80 años.

Realizadas las anteriores consideraciones, se procede a la estimación del coste a partir del gasto en servicios dentales de 2023. Este fue de 4.231.042,88 millones de euros de gasto total; de un gasto medio por hogar de 219,12 euros y de un gasto medio por persona de 88,14 euros (Tabla 4).

Por otro lado, según el Censo de Población de 2023, en España vivían ese año 9.687.776 personas mayores de 65 años.

En la medida en que no se trata de una ampliación universal de la cartera sino que se trata de una ampliación focalizada en un determinado colectivo, no es preciso estimar el incremento en la demanda que se produciría de servicios si la prestación fuera financiada públicamente, como sí había que hacer en aquel caso, sino que basta con estimar el coste específico para el porcentaje de población afectada.

Esa población constituiría, en sí misma, el incremento de la demanda que se produciría sobre el sistema público, por cuanto el resto de la población no cubierta (fundamentalmente, adultos jóvenes) seguiría atendiendo sus necesidades de atención bucodental en el sector privado. Para estimar el incremento en el coste sobre el sistema público se ha multiplicado la población de mayores de 65 años por el gasto medio del periodo considerado (88,14 €) y el resultado asciende a unos 853,8 millones de euros (Tabla 5).

Tabla 5. Simulación de incremento del gasto sanitario dental bajo diversas hipótesis de copago para la población mayor de 65 años

	Población mayor 65 años	Gasto medio per cápita	Coste de ampliación de la cartera
Sin copago	9.687.776	88,14	853.880.577
Copago 15%	9.687.776	74,92	725.798.490
Copago 25%	9.687.776	66,11	640.410.432
Copago 50%	9.687.776	44,07	426.940.288

Fuente: Elaboración propia.

Barajando diversos escenarios posibles de copago, el coste de la intervención va menguando significativamente conforme se comparte el coste entre las personas mayores de 65 años y el sector público.

En ese sentido, aunque se han propuesto copagos lineales, se podrían establecer copagos escalonados en función de los niveles de renta para facilitar el acceso de la población de adultos mayores a la asistencia dental.

2.1.b. Estimación basada en la metodología del Ministerio de Sanidad basada en el gasto por capitación.

La vía alternativa para estimar el coste de la ampliación es la utilizada por parte del Ministerio de Sanidad. Esta trataba de estimar el impacto del coste económico que supondría la ampliación del rango de edad de los programas de salud infantojuvenil en todas las Comunidades Autónomas y la homogeneización de las prestaciones y cohortes cubiertas por el sistema público.

En este caso, en lugar de partir del gasto realizado privadamente por las familias se parte del importe medio de las tarifas por persona y año establecidas por 8 Comunidades Autónomas, que son las que proporcionaron ese dato al Ministerio .

Como se señala en el referido Plan, las tarifas obtenidas por ambas vías tienen limitaciones. Por un lado, porque muchas de ellas se encuentran desfasadas y no han sido actualizadas, por lo tanto, reflejan un coste alejado del coste económico de mercado actual de esas prestaciones. Y, por otro lado, porque solo respondieron 8 Comunidades Autónomas y, como el informe señala, "no hay una valoración de los costes directos e indirectos que comporta esta prestación" (p. 32).

Ante esta tesitura, el Ministerio optó por utilizar la media del gasto total por niño/a atendido obtenido de la información facilitada por las Comunidades y que era de 53,4 €.

Por otro lado, se dividió a la población en cohortes de edad (de 0 a 5 años; de 6 a 12 años y de 13 y 14 años) y se asignó un porcentaje de esa tarifa a cada cohorte en función de la intensidad esperada de los cuidados necesitados por la población de cada una de ellas. Así a la primera cohorte se le asignó un 40% de la media del gasto total; a la segunda un 70% y a la tercera un 100%.

Para el caso de los adultos mayores, en la medida en que se trata de población con dentadura permanente, se utilizará una asignación del 100% de la media del gasto total aunque, muy probablemente, en muchos casos la tarifa probablemente sería insuficiente en función de las mayores necesidades de cuidados bucodentales que aquella acumula.
Finalmente, la estimación se realiza para una cobertura del 70% de la población diana, ya que, según el Ministerio, actualmente las mayores coberturas registradas alcanzan, en el mejor de los casos, algo menos del 70% en alguna de las Comunidades Autónomas.

Como el sentido de este informe es estimar el coste de ampliar la cartera para todo el colectivo de adultos mayores, el objetivo sería cubrir al 100% de la población, aunque se realizará también una estimación del coste para un 70% de la población diana.
Igualmente, y con una perspectiva de medio plazo, también se hará la estimación para un 30% de dicha población, dado que ese es el objetivo que se marca el Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2025-2027 señalado más arriba.

Con esas premisas, la estimación del coste total de satisfacer las necesidades de atención bucodental de las personas mayores de 65 años se situaría en unos 517,3 millones de euros; mientras que si la población cubierta fuera el 70% de esa población, tal y como supone el Ministerio de Sanidad, el coste sería de 362 millones de euros; y, para el año 2027, y si el colectivo priorizado fuera el del total de mayores de 65 años, el coste sería de 155,19 millones de euros (Tabla 6).

Tabla 6. Simulación de incremento del gasto sanitario dental según metodología del Ministerio de Sanidad

	Población mayor 65 años	Gasto medio per cápita	Coste de ampliación de la cartera
Sin copago	9.687.776	53,4	517.327.238
Sin copago 70% población diana	6.781.443	53,4	362.129.067
Sin copago 30% población diana	2.906.333	53,4	155.198.172
Copago 15%	9.687.776	45,4	439.825.030
Copago 25%	9.687.776	40,0	387.511.040
Copago 50%	9.687.776	26,7	258.663.619

Fuente: Elaboración propia.

Por otro lado, como en el caso anterior, se han estimado diversos escenarios de copago para el conjunto de la población objetivo. Nuevamente, el coste de la medida es muy moderado si se tiene en cuenta los costes directos e indirectos que la salud bucodental genera sobre el conjunto de la sociedad y la repercusión que una medida de esta naturaleza tendría sobre el bienestar de la población más necesitada de tratamiento.

De hecho, en el escenario más exigente (esto es, incluyendo al total de la población mayor de 65 años y sin copago) esta medida supondría un 13,7% sobre el total del gasto sanitario en servicios dentales, tanto público como privado, para el año 2022, según los datos del Sistema de Cuentas de la Salud del propio Ministerio. Aunque, también es cierto que el gasto sanitario público, según esa misma fuente y para ese año, fue de apenas 74 millones de euros, es decir, que para poder implementarla sería necesario multiplicar por 7 el gasto público actual en servicios bucodentales.

En cualquier caso, se entiende que el debate debería estar menos centrado en la magnitud del gasto y más en el bienestar de quienes no pueden atender sus necesidades bucodentales por carecer de recursos económicos. E, incluso, puestos a centrar el debate exclusivamente sobre las magnitudes del coste económico, sería preciso estimar el ahorro en términos de costes directos e indirectos que generaría esta medida al conjunto de la sociedad, en general, y al sistema sanitario, en particular, gracias a la mejor salud bucodental de un porcentaje no despreciable de la población que no puede cubrirlo en el sistema privado.

En definitiva, y tal y como se desprende del análisis precedente, la incorporación a la cartera común de servicios de todo el colectivo de adultos mayores de 65 años se movería en un rango entre los 853 millones de euros, si se realiza a precios de mercado, y los 517 millones de euros si se realiza basándose en la media de los pagos por capitación utilizada por el Ministerio para sus cálculos.

Por otra parte, y para el caso de esta segunda estimación, se ha calculado el coste que supondría a medio plazo cubrir la atención bucodental básica al 30% de todos los adultos mayores de 65 años. En este caso, el coste desciende desde los 517 millones de euros a los 155 millones de euros.

2.2. Ampliación para la población mayor de 65 años dividida en dos cohortes: población entre 65 y 79 años y población de 80 y más años

Una posibilidad es que, en lugar de que la ampliación de la cartera se produzca para todo el colectivo de mayores de 65 años lo haga solo para alguna de sus cohortes.

En este sentido, se ha estimado el incremento del coste que le supondría al sistema público ampliar la cartera para dos posibles cohortes: una la que va de los 65 a los 79 años y otra la de adultos muy mayores, esto es, los que tienen 80 y más años.

Como la metodología es la misma para ambos casos, se expondrán a continuación los resultados de las estimaciones y se obviarán las consideraciones metodológicas en tanto en cuanto son las mismas que las realizadas en el apartado anterior para ambas

2.2.a. Estimación basada en el gasto en servicios dentales de la Encuesta de Presupuestos Familiares para ambas cohortes de edad.

Según el Censo de Población de 2023, en ese año vivían en España 6.815.922 personas entre los 65 y los 79 años y 2.871.854 con 80 y más años.

Sobre esa base poblacional se han realizado las estimaciones para ambos grupos etarios sobre la base del precio de mercado del gasto en atención dental recogido en la Encuesta de Presupuestos Familiares para 2023.

Así, para el grupo de población entre los 65 y los 79 años, el coste de inclusión en la cartera común sería de algo más de 600 millones de euros (Tabla 7), que podría reducirse a la mitad con un copago del 50% del coste de la prestación.

Tabla 7. Simulación de incremento del gasto sanitario dental bajo diversas hipótesis de copago para la población entre 65 y 79 años

	Población entre 65 y 79 años	Gasto medio per cápita	Coste de ampliación de la cartera
Sin copago	6.815.922	88,14	600.755.365
Copago 15%	6.815.922	74,92	510.648.876
Copago 25%	6.815.922	66,11	450.600.603
Copago 50%	6.815.922	44,07	300.377.683

Fuente: Elaboración propia.

Por su parte, para el grupo población de 80 y más años, significativamente menor en número, el coste resulta mucho más asumible.

Incluir a los casi 3 millones de personas que integran ese grupo tendría un coste algo superior a los 250 millones de euros (Tabla 8).

Tabla 8. Simulación de incremento del gasto sanitario dental bajo diversas hipótesis de copago para la población de 80 y más años

	Población de 80 y más años	Gasto medio per cápita	Coste de ampliación de la cartera
Sin copago	2.871.854	88,14	253.125.212
Copago 15%	2.871.854	74,92	215.159.302
Copago 25%	2.871.854	66,11	189.858.268
Copago 50%	2.871.854	44,07	126.562.606

Fuente: Elaboración propia.

2.2.b. Estimación basada en la metodología del Ministerio de Sanidad basada en el gasto por capitación para ambas cohortes de edad

A continuación se ha utilizado la metodología del Ministerio para ambos grupos poblacionales y para ambos objetivos de población considerados, esto es, el 70% como objetivo máximo realizable y el 30% como objetivo a medio plazo (2027).

Para el caso de la población entre 65 y 79 años, el coste de la inclusión dentro de la cartera común del total de ese grupo sería de unos 364 millones de euros (Tabla 9).

Tabla 9. Simulación de incremento del gasto sanitario dental según metodología del Ministerio de Sanidad para la población entre 65 y 79 años

	Población entre 65 y 79 años	Gasto medio per cápita	Coste de ampliación de la cartera
Sin copago	6.815.922	53	363.970.235
Sin copago 70% población diana	4.771.145	53	254.779.164
Sin copago 30% población diana	2.044.777	53	109.191.070
Copago 15%	6.815.922	45	309.442.859
Copago 25%	6.815.922	40	272.636.880
Copago 50%	6.815.922	27	181.985.117

Fuente: Elaboración propia.

Mientras que si se considera el que el Ministerio considera el objetivo realista de ofrecer cobertura al 70% de la población considerada el coste sería de 254 millones.

Finalmente, el coste a medio plazo de incluir en la cartera común al 30% de esta población sería de 109 millones de euros.

Por su parte, para la población de 80 y más años, el coste de incluir al total de la población sería de 153 millones de euros; el de hacerlo con el 70% de la población sería de 107 millones de euros; y el objetivo a medio plazo de incluir al 30% de la población de 80 y más años sería de 46 millones de euros (Tabla 10).

Tabla 10. Simulación de incremento del gasto sanitario dental según metodología del Ministerio de Sanidad para la población de 80 y más años

	Población de 80 y más	Gasto medio per cápita	Coste de ampliación de la cartera
Sin copago	2.871.854	53,4	153.357.004
Sin copago 70% población diana	2.010.297	53,4	107.349.903
Sin copago 30% población diana	861.556	53,4	46.007.101
Copago 15%	2.871.854	45,4	130.382.172
Copago 25%	2.871.854	40	114.874.160
Copago 50%	2.871.854	26,7	76.678.501

Fuente: Elaboración propia.

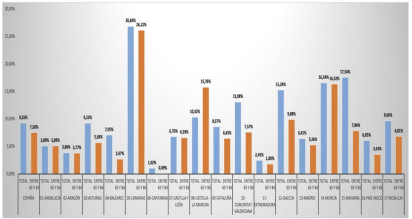
En definitiva, la diferencia en las metodologías marca unos rangos de coste para el total de la población entre los 65 y los 79 años que se sitúa entre los 600 y los 363 millones de euros; mientras que en el caso de la población de 80 y más años el rango se ubica entre los 253 y los 153 millones.

2.3. Ampliación para la población entre los 65 y los 84 años con problemas de inaccesibilidad por motivos económicos

La tercera de las opciones que se ha considerado es la de priorizar, entre el grupo de los adultos mayores de 65 y menores de 85 años, aquellos que han tenido problemas de accesibilidad por motivos económicos, es decir, que en la Encuesta Europea de Salud declararon que, habiendo tenido necesidad de acudir a una clínica dental durante el año anterior a la encuesta, no pudieron hacerlo por razones económicas.

Como se expuso más arriba, en España, según la Encuesta Europea de Salud, en 2020 el 9,25% de la población de 15 y más años expresó problemas de inaccesibilidad a los servicios dentales por motivos económicos a pesar de necesitarlos. Entre los adultos de edades comprendidas entre los 65 y los 84 años ese porcentaje fue del 7,5%, es decir, que la inaccesibilidad por motivos económicos se reducía conforme aumentaba la edad.

Gráfico 1. Problemas de inaccesibilidad a la atención dental por motivos económicos, por Comunidad Autónoma.
Población de 15 y más años y población entre 65 y 84 años



Fuente: Encuesta Europea de Salud (2020). Elaboración propia

Esto se traduce en que en 2023 había en España 606.352 adultos mayores entre 65 y 84 años que carecían de recursos económicos para atender sus necesidades de atención bucodental en el sector privado .

A continuación, se estima el coste que le supondría al sector público atender dichas necesidades según las dos metodologías descritas.

2.3.a. Estimación basada en el gasto en servicios dentales de la Encuesta de Presupuestos Familiares para el colectivo de personas entre 65 y 84 años con problemas de accesibilidad económica

Así, para el grupo de población entre los 65 y los 84 años con problemas de accesibilidad por motivos económicos, el coste de inclusión en la cartera común sería de algo más de 53 millones de euros (Tabla 11), que podría reducirse a la mitad con un copago del 50% del coste de la prestación.

[65] A falta de datos de inaccesibilidad por motivos económicos para el año 2023 se ha utilizado el porcentaje del año 2020 aplicado a la población de 2023.

Tabla 11. Simulación de incremento del gasto sanitario dental para la población 65-84 años con problemas de accesibilidad económica

	Población entre 65 y 84 años con problemas económicos	Gasto medio per cápita	Coste de ampliación de la cartera
Sin copago	606.352	88,14	53.443.865
Copago 15%	606.352	74,92	45.427.285
Copago 25%	606.352	66,11	40.082.899
Copago 50%	606.352	44,07	26.721.933

Fuente: Elaboración propia.

2.3.b. Estimación basada en la metodología del Ministerio de Sanidad basada en el gasto por capitación para el colectivo de personas entre 65 y 84 años con problemas de accesibilidad económica

Para el caso de la estimación con la metodología del Ministerio, el coste es aún mucho menor y se reduce hasta algo más de 32 millones de euros para el conjunto de la población objetivo; hasta algo más de 22 millones para el 70% de esa población y apenas a algo menos de 10 millones de euros para el 30% de la población (Tabla 12.

Tabla 12. Simulación de incremento del gasto sanitario dental según metodología del Ministerio de Sanidad para la población 65-84 años

	Población vulnerable	Gasto medio per cápita	Coste de ampliación de la cartera
Sin copago	606.352	53,40	32.379.197
Sin copago 70% población diana	424.446	53,40	22.665.438
Sin copago 30% población diana	181.906	53,40	9.713.759
Copago 15%	606.352	45,40	27.528.381
Copago 25%	606.352	40,00	24.254.080
Copago 50%	606.352	26,70	16.189.598

Fuente: Elaboración propia.

Como puede apreciarse, el coste de atender a esta población vulnerable y para la que, además, la falta de atención bucodental se convierte en una fuente de complicaciones para otras enfermedades es muy reducido; máxime teniendo en cuenta el coste de oportunidad que supone en términos de mejora en las condiciones generales de la salud de esas personas y el ahorro que ello supondría para el conjunto del presupuesto sanitario del país.

2.4. Ampliación de la cartera para la población de adultos mayores ingresada en centros residenciales

Una última posibilidad que se ha considerado, en línea con el planteamiento anterior acerca de las diferentes problemáticas posibles en materia de inaccesibilidad que pueden sufrir los adultos mayores, es que el grupo poblacional priorizado sea aquel que se encuentra ingresado en centros residenciales y donde los motivos de inaccesibilidad dejan de ser económicos y pasan a estar relacionados con la falta de autonomía personal.

En este sentido, según el Informe de Servicios Sociales dirigido a las personas mayores publicado por el Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030, en España en 2023 se encontraban ingresadas en centros residenciales 315.964 personas .

En consecuencia, y valorando la posibilidad de que este fuera el colectivo priorizado, se han realizado las estimaciones de coste siguiendo las dos metodologías ya comentadas para ese grupo poblacional con independencia de su edad y de sus recursos económicos.

Evidentemente, y como se comentó más arriba, este colectivo necesitaría un tratamiento diferencial al que se ofrece en la cartera común de servicios para los colectivos cubiertos. Sin embargo, en la medida en que el documento de referencia del Ministerio no alude a la posibilidad de ampliación de la cartera sino a la de la población cubierta, se han realizado los cálculos atendiendo a la actual cobertura de la cartera.

2.4.a. Estimación basada en el gasto en servicios dentales de la Encuesta de Presupuestos Familiares para la población de adultos mayores ingresados en centros residenciales

Así, la estimación del coste de incluir en la cartera común a la población de personas ingresada en centros residenciales calculada a partir del gasto medio per cápita en servicios bucodentales según la Encuesta de Presupuestos Familiares ascendería a algo menos de 28 millones de euros (Tabla 13).

[44] *https://imserso.es/el-imserso/documentacion/estadisticas/servicios-sociales-dirigidos-a-personas-mayores-en-espana-diciembre-2023*

Tabla 13. Simulación de incremento del gasto sanitario dental para la población de adultos mayores ingresados en centros residenciales

	Población mayor de 65 años	Gasto medio per cápita	Coste de ampliación de la cartera
Sin copago	315.964	88,14	27.849.067
Copago 15%	315.964	74,92	23.671.707
Copago 25%	315.964	66,11	20.886.800
Copago 50%	315.964	44,07	13.924.533

Fuente: Elaboración propia.

Como en los casos anteriores, ese coste podría reducirse si se introdujeran copagos en función del nivel de renta.

2.4.b. Estimación basada en la metodología del Ministerio de Sanidad basada en el gasto por capitación para la población de adultos mayores ingresados en centros residenciales

Finalmente, se ha hecho el cálculo para esa misma población pero utilizando la metodología del Ministerio, así como para los objetivos poblacionales asumidos por este tanto a largo plazo (70% del conjunto de la población diana), como a medio plazo (30% de la población para el año 2027).

Tabla 14. Simulación de incremento del gasto sanitario dental según metodología del Ministerio de Sanidad para la población de adultos mayores ingresados en centros residenciales

	Población vulnerable	Gasto medio per cápita	Coste de ampliación de la cartera
Sin copago	315.964	53,40	16.872.478
Sin copago 70% población diana	221.175	53,40	11.810.734
Sin copago 30% población diana	94.789	53,40	5.061.743
Copago 15%	315.964	45,40	14.344.766
Copago 25%	315.964	40,00	12.638.560
Copago 50%	315.964	26,70	8.436.239

Fuente: Elaboración propia.

En este caso, el coste es mucho más reducido y se eleva a 16,8 millones de euros para el total de la población ingresada en centros residenciales; 11,8 millones para el 70% de la misma y, a medio plazo, tan solo se requeriría un gasto de 5 millones de euros de aquí a 2027.

Como puede comprobarse, y dado el elevado grado de vulnerabilidad que presentan estas personas, muchas de las cuales tienen graves problemas de autonomía personal añadidos a los problemas de inaccesibilidad económica, la inclusión en la cartera del conjunto de la población se movería en un rango de costes que iría entre los 27 y los 16 millones de eurcs, según la metodología usada. Considerando objetivos poblacionales más reducidos y/o elementos de copago en función de la renta, el coste de la prestación se reduciría significativamente.

Conclusiones

El análisis desarrollado a lo largo de este informe permite establecer de manera clara que el estado actual de la salud bucodental de las personas mayores de 65 años en España presenta importantes déficits tanto en términos de prevalencia de enfermedades como en la cobertura de servicios, acceso a tratamientos y equidad en la atención.

A pesar de las mejoras observadas en algunos indicadores a lo largo del tiempo, la evidencia muestra que un porcentaje muy elevado de la población mayor sufre algún tipo de patología oral, siendo las caries activas, la pérdida dental, las enfermedades periodontales y la necesidad de prótesis los principales problemas identificados.

Estas condiciones, lejos de limitarse al ámbito odontológico, tienen repercusiones directas sobre la salud general, afectando funciones esenciales como la masticación, la nutrición, la fonación y la interacción social, y generando un impacto considerable sobre la calidad de vida y la autonomía personal.

Al mismo tiempo, los datos revelan un patrón persistente de desigualdad estructural que atraviesa todas las dimensiones analizadas. La prevalencia y severidad de las enfermedades bucodentales se incrementa conforme desciende el nivel socioeconómico, se agrava entre los varones frente a las mujeres, y es más alta en las personas nacidas fuera de España. Esta desigualdad se manifiesta también en los hábitos de cuidado oral, en la frecuencia de visitas al dentista y en el tipo de tratamiento recibido, lo que confirma que el acceso a una salud bucodental digna está condicionado en gran medida por factores sociales, económicos y culturales. La virtual exclusión de las personas adultas mayores de la cartera de servicios bucodentales del sistema público, salvo en casos muy limitados y parciales, contribuye decisivamente a perpetuar este patrón de inequidad.

Desde una perspectiva económica, la ampliación de la asistencia bucodental a este colectivo no solo es deseable, sino también viable. Las estimaciones de coste presentadas demuestran que es posible estructurar distintas modalidades de intervención pública con base en criterios de priorización razonables, logrando impactos significativos en términos de salud y equidad a un coste fiscal asumible. Además, esta inversión podría tener efectos indirectos positivos al reducir la demanda de otros servicios sanitarios más costosos, derivados de las complicaciones que provoca la falta de atención odontológica en personas mayores. Por tanto, integrar la salud bucodental en las políticas públicas dirigidas al envejecimiento saludable debe dejar de ser una asignatura pendiente y convertirse en una prioridad sanitaria.

En definitiva, la salud bucodental de las personas mayores constituye un componente esencial del bienestar y la dignidad en la vejez. No abordar este problema con políticas públicas decididas implica reproducir una forma de exclusión sanitaria que vulnera principios fundamentales de equidad, universalidad y justicia social.

La evidencia disponible respalda con contundencia la necesidad de un cambio de enfoque: pasar de un modelo centrado en la atención privada y fragmentada a una estrategia pública, integral y equitativa que reconozca el derecho de todas las personas mayores a una salud oral adecuada como parte inseparable de su derecho a la salud en general.