




Viabilidad en la oferta de clínicas odontológicas especializadas en el adulto mayor en Colombia desde la perspectiva de la economía plateada

Feasibility of specialized dental clinics for older adults in Colombia from a silver economy perspective

Moisés-Eduardo Briñez-Rincón^{1*} , Susana Mejía-de-Greiff², Isabel Botero-Molina²

¹Tech Business School, Universidad EIA, Envigado, Colombia

²Universidad EIA, Envigado, Colombia

Recibido: 23 febrero 2026

Aceptado: 04 marzo 2026

Publicado: 09 abril 2026

*Correspondencia: Moisés-Eduardo Briñez-Rincón. moises.brinez@eia.edu.co

Resumen

Introducción: El envejecimiento poblacional y la carga de enfermedad bucal en personas mayores amplían la brecha entre necesidad y acceso a servicios odontológicos oportunos e integrales. En el marco de la economía plateada, esta brecha representa una oportunidad de innovación con valor social y sostenibilidad, siempre que se adopten modelos de atención centrados en experiencia, seguridad clínica y accesibilidad económica.


Materiales y métodos: Esta investigación evaluó la viabilidad de ofrecer clínicas odontológicas especializadas para adultos mayores en Colombia, integrando factores de oferta (limitantes y promotores), aprendizajes de benchmarking y la caracterización del consumidor senior. Se emplearon métodos mixtos con tres componentes: entrevistas semiestructuradas a tres informantes clave (prestador, asegurador/pagador y odontólogo), analizadas mediante codificación temática y una matriz impacto-frecuencia; benchmarking de cinco casos (tres de Canadá y dos de Colombia) comparados por propuesta de valor, modelo comercial, oferta de servicios y procesos; y encuesta transversal a 60 participantes (adultos mayores y/o cuidadores), complementada con análisis temático de respuestas abiertas.

Resultados: Las principales limitantes se agruparon en tres dimensiones: económico-financiera, clínico-operativa y estructural. Entre los promotores destacaron paquetes preventivos esenciales y protocolos de sedación y seguridad clínica. El benchmarking evidenció que los modelos sostenibles combinan accesibilidad, educación, prevención y portafolios integrales con procesos estandarizados. En el perfil del consumidor predominó

Med 2026; 48(1): 31-38

<https://doi.org/10.56050/RM-48-1-05>

www.revistamedicina.net

© 2026 Los autores. Este artículo se distribuye bajo los términos de la licencia **Creative Commons Atribución 4.0 Internacional (CC BY 4.0)**. Publicado con  en nombre de Academia Nacional de Medicina de Colombia.

la participación de cuidadores familiares y una alta sensibilidad al valor percibido: empatía, confianza, comunicación clara y conveniencia pesaron más que la sofisticación tecnológica; las barreras principales fueron costo, demoras y miedo al dolor.

Conclusión: La viabilidad depende menos de “crear demanda” y más de diseñar una oferta gerontocéntrica con infraestructura accesible, protocolos de seguridad, talento especializado, portafolio escalonado y esquemas financieros inclusivos, apoyados por alianzas y ejecución disciplinada.

Palabras clave: Economía plateada. Odontología geriátrica. Accesibilidad a los servicios de salud. Salud bucal. Envejecimiento.

Abstract

Introduction: Population aging and the burden of oral disease among older adults are widening the gap between need and access to timely, comprehensive dental services. Within the framework of the silver economy, this gap represents an opportunity for innovation with social value and sustainability, provided that care models are adopted that prioritize patient experience, clinical safety, and financial accessibility.

Materials and methods: This study assessed the feasibility of offering specialized dental clinics for older adults in Colombia, integrating supply-side factors (barriers and enablers), benchmarking insights, and characterization of the senior consumer. A mixed-methods design was used with three components: semi-structured interviews with three key informants (provider, insurer/payer, and dentist), analyzed through thematic coding and an impact–frequency matrix; benchmarking of five cases (three in Canada and two in Colombia) compared by value proposition, business model, service offering, and processes; and a cross-sectional survey of 60 participants (older adults and/or caregivers), complemented by thematic analysis of open-ended responses.

Results: The main barriers clustered into three dimensions: economic–financial, clinical–operational, and structural. Key enablers included essential preventive care packages and the adoption of sedation and clinical safety protocols. Benchmarking showed that sustainable models combine accessibility, education, prevention, and comprehensive service portfolios supported by standardized processes. In the consumer profile, family caregivers predominated, and there was high sensitivity to perceived value: empathy, trust, clear communication, and convenience mattered more than technological sophistication; the main barriers were cost, delays, and fear of pain.

Conclusion: Feasibility depends less on “creating demand” and more on designing a geronto-centered offering with accessible infrastructure, safety protocols, specialized talent, a tiered comprehensive portfolio, and inclusive financial schemes, supported by partnerships and disciplined execution.

Keywords: Silver economics. Health services accessibility. Geriatric dentistry. Aging. Oral health.

Introducción

El envejecimiento poblacional está transformando la estructura de la demanda de salud en Colombia. A medida que aumenta la proporción de personas mayores, también crecen las necesidades

asociadas con la funcionalidad, la autonomía y la calidad de vida¹. En este escenario, la economía plateada propone mirar el envejecimiento no solo como un reto fiscal o asistencial, sino como un campo de innovación para productos y servicios capaces de responder, con enfoque de valor, a una

población cada vez más diversa en capacidades, preferencias y condiciones socioeconómicas².

La salud bucal es un componente crítico del envejecimiento saludable: afecta la masticación, la nutrición, la comunicación, la autoestima y la interacción social, y se vincula con condiciones sistémicas, fragilidad y polifarmacia³. Sin embargo, los servicios odontológicos para adultos mayores suelen operar bajo modelos generalistas que no siempre incorporan accesibilidad física, comunicación inclusiva, manejo de comorbilidades, seguridad clínica avanzada ni portafolios integrales que combinen prevención, rehabilitación y continuidad del cuidado⁴.

En Colombia, además de las brechas clínicas, persisten barreras de acceso relacionadas con costos de rehabilitación, limitaciones de cobertura, tiempos de asignación de citas y obstáculos de movilidad². Desde la perspectiva gerencial, estas fricciones son, simultáneamente, un problema de salud pública y una oportunidad de diseño de modelos de servicio: si la propuesta de valor resuelve dolores concretos (accesibilidad, confianza, integralidad, educación y conveniencia), es posible construir modelos sostenibles y con impacto social⁵.

Este artículo evalúa la viabilidad de ofrecer clínicas odontológicas especializadas para adultos mayores en Colombia, integrando factores que limitan y promueven la oferta (visión de prestador, asegurador/pagador y odontólogo); un benchmarking de buenas prácticas en referentes nacionales e internacionales; y un análisis del perfil del consumidor senior (adultos mayores y cuidadores) para comprender barreras y percepción de valor. La hipótesis de trabajo es que la viabilidad depende de ejecutar un modelo gerontocéntrico que integre infraestructura accesible, procesos clínicos seguros, talento humano especializado y esquemas financieros inclusivos.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio de métodos mixtos con propósito aplicado, orientado a estimar la viabilidad de un modelo de clínicas odontológicas especializadas en población adulta mayor. El diseño integró tres componentes complementarios: primero, la identificación y priorización de factores de oferta mediante entrevistas a informantes clave; segundo, un benchmarking de buenas prácticas mediante estudio de caso múltiple; y tercero, caracterización del perfil del consumidor senior mediante encuesta transversal. La integración se realizó por triangulación: los hallazgos de oferta y benchmarking se contrastaron con preferencias y barreras reportadas por consumidores y cuidadores.

Componente 1. Entrevistas a informantes clave (factores de oferta)

Participantes y muestreo: Se empleó muestreo intencional por experticia. Se entrevistaron tres informantes clave del sector: un prestador (administrador o directivo con experiencia en operación de clínicas odontológicas), un asegurador/pagador (visión de cobertura, contratación y sostenibilidad) y un odontólogo con experiencia clínica. Se buscó diversidad de roles para capturar fricciones del sistema y del modelo de negocio.

Instrumento: se aplicó una entrevista semiestructurada (5 a 10 preguntas abiertas) con preguntas de sondeo para profundizar en barreras económico-financieras (precios, cobertura, contratación), barreras clínico-operativas (comorbilidad, sedación, coordinación), barreras estructurales (infraestructura, accesibilidad), talento humano y formación en gerontología, y factores promotores/condiciones mínimas de viabilidad⁶.

Procedimiento y análisis: las entrevistas se realizaron en formato conversacional; se transcribieron y se sometieron a análisis de contenido temático. Los códigos se agruparon en categorías y se priorizaron con una matriz de impacto (I) y frecuencia (F) (escala 1–5). El puntaje permitió jerarquizar la relevancia gerencial de cada factor e identificar factores

críticos (alta prioridad) y factores habilitadores (promotores) que aumentan la viabilidad operativa y comercial.

Componente 2. Benchmarking (estudio de caso múltiple)

Selección de referentes: se analizaron cinco casos (tres referentes de Canadá y dos de Colombia) seleccionados por visibilidad de oferta orientada a personas mayores, presencia de servicios integrales y disponibilidad pública de información. Las fuentes incluyeron páginas institucionales, portafolios de servicios y comunicaciones corporativas.

Matriz comparativa: la comparación se estructuró en cuatro ejes y subcriterios: (a) propuesta de valor (cuidado y diferenciación, educación/sensibilización, bienestar emocional e intergeneracionalidad); (b) modelo comercial (accesibilidad económica, segmentación del mercado senior, fidelización); (c) oferta de servicios (preventivos, restaurativos y protésicos; complementarios; programas integrales); y (d) procesos (estandarización, integración tecnológica y calidad). El análisis fue cualitativo e interpretativo, orientado a extraer buenas prácticas aplicables al contexto colombiano.

Componente 3. Encuesta al consumidor senior

Diseño, población y muestra: estudio transversal descriptivo-correlacional mediante encuesta aplicada a 60 participantes (adultos mayores y/o cuidadores) residentes en principales ciudades de Colombia. Se incluyeron personas de 60 años o más y cuidadores familiares o externos que toman decisiones o co-deciden sobre atención odontológica.

Variables e instrumento: el cuestionario incluyó (i) perfil sociodemográfico (edad, sexo, estrato, rol del respondiente), (ii) aseguramiento y forma de pago, (iii) uso de servicios (visitas recientes, rehabilitación oral), (iv) barreras de acceso (costo, tiempos, miedo al dolor, movilidad), (v) percepción de salud oral y (vi) preferencias por atributos de una clínica especializada (trato, confianza, integralidad,

horarios, educación). Se incluyeron preguntas cerradas y abiertas.

Análisis: se aplicó estadística descriptiva (frecuencias y porcentajes) y cruces exploratorios de variables. Las respuestas abiertas se categorizaron por análisis temático y se sintetizaron en dimensiones gerenciales del valor percibido.

Resultados

Componente 1. Factores que limitan y promueven la oferta (entrevistas)

Los hallazgos cualitativos se organizaron en tres dimensiones principales.

Dimensión económico-financiera. Los informantes señalaron que los tratamientos complejos y rehabilitadores tienen costos elevados y, en muchos casos, cobertura limitada, lo que restringe el acceso y reduce el volumen potencial. También se describieron fricciones contractuales y de oportunidad en la red (relación pagador-prestador) que impactan la experiencia del paciente mayor y la sostenibilidad operativa. La **Tabla 1** presenta una síntesis de factores críticos y habilitadores identificados en entrevistas.

Dimensión clínico-operativa. Se describió al adulto mayor como un paciente con mayor prevalencia de comorbilidades y polifarmacia, lo que incrementa el riesgo clínico, demanda valoración integral y eleva la complejidad del tratamiento⁷. Esto implica necesidad de coordinación interdisciplinaria, protocolos de seguridad y tiempos clínicos mayores. En la priorización por matriz impacto-frecuencia, resaltó la relevancia de protocolos de sedación y seguridad clínica (P6, FxI=15) para incrementar resolutivez y disminuir eventos adversos.

Dimensión estructural y de calidad. Se observó que parte de la infraestructura odontológica no integra accesibilidad universal, lo que amplifica barreras de movilidad y limita el uso efectivo del servicio. Adicionalmente, se identificaron brechas en formación y disponibilidad de talento humano con competencias en gerodontología, así como oportunidades para

Tabla 1. Síntesis de factores limitantes y promotores (entrevistas).

Dimensión	Factores limitantes (síntesis)	Factores promotores / condiciones de viabilidad (síntesis)
Económico-financiera	Altos costos de tratamientos complejos y rehabilitación; cobertura limitada; fricciones en contratación y oportunidad de atención.	Esquemas de financiación responsable; paquetes por niveles; articulación con pagadores/aseguradores; transparencia de precios.
Clínico-operativa	Comorbilidad y polifarmacia; mayor riesgo clínico; necesidad de coordinación interdisciplinaria; tiempos clínicos mayores.	Protocolos de sedación y seguridad clínica (Fxl=15); rutas clínicas estandarizadas; trabajo interdisciplinario; educación preprocedimiento.
Estructural y calidad	Infraestructura no adaptada a limitaciones físicas/sensoriales; brechas de talento humano especializado; variabilidad en procesos.	Paquetes preventivos esenciales (Fxl=16); accesibilidad universal, formación en gerodontología, guías clínicas y gestión de calidad.

estandarizar guías clínicas, mejorar la continuidad del cuidado y reducir variabilidad. Entre los factores promotores, la implementación de paquetes preventivos esenciales (P5, Fxl=16) emergió como estrategia costoefectiva para reducir la demanda futura de tratamientos complejos y mejorar la adherencia al cuidado.

Componente 2. Benchmarking de buenas prácticas

El análisis comparativo mostró patrones consistentes en los referentes más avanzados:

1) *Propuesta de valor*: se centra en cuidado, paciencia, comunicación inclusiva y entornos amigables, complementados con educación al

paciente y la familia y con un enfoque preventivo continuo.

2) *Modelo comercial*: combina accesibilidad (planes de pago, paquetes y acuerdos con aseguradores) con segmentación del mercado senior y estrategias de fidelización (seguimiento, recordatorios y programas familiares).

3) *Oferta de servicios*: portafolios integrales escalonados (prevención, restaurativa, protésica) y, en algunos casos, servicios complementarios y domiciliarios.

4) *Procesos*: estandarización y protocolos de seguridad, gestión de calidad y diseño de experiencia de servicio. La **Tabla 2** sintetiza prácticas transversales observadas.

Tabla 2. Buenas prácticas transversales identificadas en benchmarking (síntesis).

Eje	Prácticas observadas con mayor aplicabilidad
Propuesta de valor	Cuidado y trato empático; comunicación inclusiva; educación al paciente y familia; enfoque preventivo continuo.
Modelo comercial	Paquetes/membresías; planes de pago; segmentación senior; fidelización por seguimiento y continuidad del cuidado.
Oferta de servicios	Portafolios integrales escalonados (prevención-rehabilitación); servicios complementarios; atención domiciliaria/teleorientación en algunos casos.
Procesos	Estandarización; protocolos de seguridad; gestión de calidad; diseño de experiencia; infraestructura accesible y señalización clara.

Tabla 3. Dimensiones del valor percibido del servicio (síntesis de respuestas abiertas).

Dimensión	Categoría	Descripción	Ejemplo de cita
ECO	Costo	Preocupación por precios altos y falta de cobertura	“Que los costos sean más accesibles, especialmente para pensionados.”
ACC	Accesibilidad	Dificultades de transporte y movilidad	“El consultorio debería estar más cerca o tener servicio a domicilio.”
CON	Confianza	Valoración del trato empático y paciente	“Hace falta más paciencia con los adultos mayores.”
INT	Integralidad	Solicitud de atención completa en un solo lugar	“Sería ideal que ofrecieran todos los servicios en un solo lugar.”
HOR	Horarios	Necesidad de horarios amplios y agilidad en citas	“Faltan horarios más amplios, especialmente en la tarde.”
EDU	Educación	Necesidad de más información sobre prevención oral	“Deberían enseñar más sobre higiene y cuidado bucal.”

Componente 3. Perfil del consumidor sénior.

La muestra se caracterizó por equilibrio en sexo (50% hombres y 50% mujeres) y predominio de respuestas por cuidadores familiares (75%); el 20% respondió como adulto mayor y el 5% como cuidadores externos. En aseguramiento, 58,3% reportó afiliación a EPS y 40% póliza/prepagada/atención. En el componente socioeconómico se observó predominio de estratos 5–6 (40%), seguidos de estratos 3–4 (30%) y estrato 2 (30%), reflejando una muestra urbana de clase media y media–alta.

En utilización, 68,3% indicó haber visitado odontólogo en los últimos 24 meses. Entre quienes no consultaron, sobresalieron el miedo al dolor (15,8%), demoras en asignación de citas y barreras económicas y de movilidad. En rehabilitación oral se observó heterogeneidad, con una proporción cercana a la mitad sin sustitución dental, lo que sugiere necesidad potencial de tratamientos protésicos y de planes de atención escalonados.

Las respuestas abiertas permitieron sintetizar seis dimensiones de valor percibido: costo, accesibilidad, confianza, integralidad, horarios y educación (**Tabla 3**).

Discusión

Los resultados confirman que la viabilidad de clínicas odontológicas especializadas para adultos mayores en Colombia no se define por la tendencia demográfica por sí sola, sino por la capacidad de diseñar un modelo de atención y negocio que resuelva fricciones estructurales del sistema y del entorno clínico. En términos de economía plateada, el mercado senior existe, pero es altamente sensible al valor percibido: la decisión de uso depende de confianza, empatía, comunicación clara, conveniencia y seguridad, más que de la sofisticación tecnológica⁸.

Desde el componente de oferta, la dimensión económico-financiera opera como cuello de botella principal: el alto costo de rehabilitación y la limitada cobertura condicionan la demanda efectiva y obligan a estrategias financieras creativas (paquetes por niveles, membresías, alianzas con aseguradores y financiación responsable). La evidencia internacional y los marcos globales de salud oral señalan que la cobertura, la disponibilidad de servicios y el diseño del sistema determinan el acceso, especialmente en poblaciones vulnerables o con dependencia funcional⁹.

En lo clínico–operativo, el adulto mayor demanda un modelo de atención basado en riesgo: valoración integral, coordinación interdisciplinaria, protocolos

de sedación y seguridad, y estandarización de procesos¹⁰. Esto se alinea con enfoques clásicos de calidad (estructura–proceso–resultado) y con la competencia basada en valor, donde la diferenciación surge de resultados clínicos, continuidad del cuidado, seguridad y experiencia del paciente¹¹. En este sentido, los paquetes preventivos esenciales y los protocolos de seguridad no son accesorios: se comportan como “capabilities” que reducen riesgos y costos futuros, y aumentan la adherencia del paciente y su cuidador.

En la dimensión estructural, la infraestructura accesible no es un agregado opcional; es parte central de la propuesta de valor para una población con limitaciones de movilidad, sensoriales o cognitivas¹². El benchmarking sugiere que los modelos más maduros incorporan accesibilidad universal y, cuando es posible, modalidades domiciliarias o de teleorientación como extensiones naturales del servicio¹³. En Colombia, replicar esto requiere inversión y, sobre todo, diseño inteligente: circuitos simples, señalización clara, espacios libres de obstáculos, y experiencia pensada para el binomio paciente–cuidador.

La caracterización del consumidor aporta un dato gerencial clave: el cuidador familiar es un actor decisor dominante. Por tanto, el modelo comercial y la experiencia deben diseñarse para dos usuarios: el paciente y el cuidador. Programas educativos, comunicación postconsulta, recordatorios y canales digitales de seguimiento pueden incrementar adherencia y fidelización¹⁴. Además, las barreras reportadas (miedo al dolor, demoras y costo) apuntan a acciones concretas: educación preprocedimiento, sedación/analgesia con estándares, gestión de agenda y rutas de atención prioritaria para mayores, así como planes de pago transparentes¹⁵.

Se proponen cinco líneas de acción para un modelo viable:

- Propuesta de valor gerontocentrada: cuidado, paciencia, confianza, comunicación inclusiva y experiencia integral.

- Portafolio escalonado: paquetes preventivos como base; rutas de rehabilitación con financiación; servicios complementarios según segmentación.
- Accesibilidad universal e innovación de canales: infraestructura adaptada y, cuando sea viable, modalidades domiciliarias/teleorientación.
- 4) Talento y alianzas: formación continua en gerodontología, acuerdos con universidades y redes interdisciplinarias.
- Modelo financiero inclusivo: mezcla de pagos (particular, prepagada, alianzas), membresías y financiación responsable, con métricas de calidad y satisfacción.

Limitaciones

El estudio presenta limitaciones: tamaño muestral moderado y enfoque urbano; benchmarking basado principalmente en información pública; y análisis correlacional exploratorio sin inferencia causal. Aun así, la triangulación entre oferta, referentes y consumidor entrega una base sólida para el diseño del modelo y para investigaciones futuras (modelos financieros, análisis de costo-efectividad y pilotos regionales).

Conclusiones

Existe una brecha estructural entre el crecimiento de la población mayor y la oferta de servicios odontológicos diferenciados. Los principales límites de viabilidad se asocian con costos y cobertura de tratamientos rehabilitadores, complejidad clínica del adulto mayor, escasez de talento humano especializado y carencias de infraestructura accesible. A la vez, hay factores promotores claros: paquetes preventivos esenciales, protocolos de seguridad y sedación, estandarización de procesos y articulación con el entorno académico y con pagadores.

La oportunidad de economía plateada para clínicas odontológicas especializadas en Colombia es real, pero requiere un enfoque gerontocéntrico y

gerencialmente disciplinado: diseñar experiencia, infraestructura, procesos y financiación como un sistema integrado. Se recomienda avanzar hacia pilotos con medición de resultados clínicos, experiencia del paciente y sostenibilidad financiera, y fortalecer la formación en gerodontología mediante alianzas academia–empresa–sector salud.

Financiación

No se recibió financiación para la investigación, autoría y/o publicación de este artículo.

Contribución de autoría

Isabel Botero: Conceptualización, Redacción - revisión y edición, Administración del proyecto, Metodología, Visualización, Análisis formal, Validación, Supervisión, Investigación.

Moisés Briñez: Conceptualización, Redacción - revisión y edición, Administración del proyecto, Metodología, Visualización, Análisis formal, Validación, Supervisión, Investigación.

Susana Mejía : Conceptualización, Redacción - revisión y edición, Administración del proyecto, Metodología, Visualización, Análisis formal, Validación, Supervisión, Investigación.

Conflictos de interés

Los autores declaran que no hay ningún conflicto de interés comercial o financiero para esta investigación.

Uso de herramientas de inteligencia artificial

Los autores declaran que no se ha utilizado ninguna herramienta de inteligencia artificial (como ChatGPT, Copilot, Gemini, u otras) en la redacción, análisis o revisión de este artículo.

Referencias

1. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Proyecciones de población [Internet]. Bogotá: DANE; s. f. [Citado el 15 septiembre 2025].
2. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Prospects 2022: Summary of Results [Internet]. New York: United Nations; 2022 [Citado el 15 septiembre 2025].
3. Ministerio de Salud y Protección Social. IV Estudio nacional de salud bucal (ENSAB IV): Situación bucal actual. Colombia 2013–2014 [Internet]. Bogotá: MinSalud; 2014 [Citado el 20 septiembre 2025].
4. World Health Organization. World report on ageing and health [Internet]. Geneva: WHO; 2015 [Citado el 23 septiembre 2025].
5. World Health Organization. Global oral health status report: towards universal health coverage for oral health by 2030 [Internet]. Geneva: WHO; 2022 [Citado el 05 de octubre 2025].
6. World Health Organization. The Global Status Report on Oral Health 2022 [Internet]. Geneva: WHO; 2022 [Citado el 14 septiembre 2025].
7. FDI World Dental Federation. Oral health for an ageing population [Internet]. Geneva: FDI; s. f. [Citado el 08 septiembre 2025].
8. FDI World Dental Federation. Achieving a healthy ageing society: Oral health for an ageing population [Internet]. Geneva: FDI; 2018 [Citado el 05 septiembre 2025].
9. Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring. Vol 1. Ann Arbor: Health Administration Press; 1980.
10. Porter ME, Teisberg EO. Redefining health care: creating value-based competition on results. Boston: Harvard Business Press; 2006.
11. Camp RC. Benchmarking: the search for industry best practices that lead to superior performance. Milwaukee: ASQC Quality Press; 1989.
12. Kotler P, Keller KL. Dirección de marketing. 15a ed. México: Pearson; 2016.
13. World Health Organization. Decade of Healthy Ageing: baseline report [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [Citado el 07 septiembre 2025].
14. Chandra S, et al. WHO's Global oral health status report 2022: Actions, discussion and implementation. Oral Dis. 2023;29(Suppl 1):S1–S6. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/odi.14516>.
15. D'Arcangelo C. Oral health in older adults: current insights and tips. J Gerontol Geriatr. 2024;72:1–8.