

Original

Una aproximación al coste presupuestario de universalizar la salud bucodental en España



Alberto Montero-Soler^{a,*} y Fernando Ignacio Sánchez-Martínez^b

^a Departamento de Hacienda Pública, Política Económica y Economía Política, Universidad de Málaga, Málaga, España

^b Departamento de Economía Aplicada, Universidad de Murcia, Murcia, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 8 de junio de 2022

Aceptado el 10 de noviembre de 2022

On-line el 4 de enero de 2023

Palabras clave:

Salud bucodental

Enfermedades bucodentales

Sistema de salud

Costes de enfermedades

R E S U M E N

Objetivo: Realizar una aproximación a una estimación de la repercusión que tendría sobre el gasto público sanitario una ampliación de la cartera de prestaciones en salud bucodental que cubriera la mayor parte de los tratamientos terapéuticos que sufragan actualmente las personas de forma privada.

Método: La estimación parte del nivel de gasto en servicios odontológicos del Sistema de Cuentas de Salud del año 2020 y se asume el dato de incremento de la demanda ante la universalización de los servicios extraído de un estudio de RAND para realizar, seguidamente, diversas proyecciones lineales de incremento del gasto introduciendo varios supuestos de copagos lineales para explorar el impacto de distintos mecanismos mixtos de financiación.

Resultados: El incremento de la demanda sería de un 47,54% con respecto al gasto actual, y bajo los supuestos de partida el incremento en el gasto público alcanzaría unos 5345 millones de euros. Los diversos escenarios de copago minoran su impacto presupuestario.

Conclusiones: A pesar de la mejora de la salud bucodental de la población española, persisten problemas derivados de la existencia de un gradiente socioeconómico que concentra la presencia y la prevalencia de enfermedades en los niveles socioeconómicos más bajos. Ampliar los servicios de la cartera bucodental para cubrir las necesidades de toda la población elevaría el gasto sanitario público en 0,48 puntos sobre el producto interior bruto, y aun así el gasto sanitario público español seguiría por debajo de la media de la Unión Europea.

© 2022 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Approximation to the budgetary cost of universalizing oral health in Spain

A B S T R A C T

Keywords:

Oral health

Mouth diseases

Delivery of health care

Cost of illness

Objective: To make an approximation to an estimate of the impact that an increase in the portfolio of oral health benefits would have on public health spending, which would at least cover most of the therapeutic treatments that households currently pay for privately.

Method: This estimate is based on the level of expenditure on dental services of the Health Accounts System for the year 2020. The data of increased demand is extracted from a RAND's study on universalization of services. Then we carry out various linear projections of increased spending by introducing several linear co-payment assumptions to explore the impact of different mixed financing mechanisms.

Results: The increase in the demand for treatment would be 47.54% with respect to the current level of spending and that, under the starting assumptions, the increase in public spending would reach some 5345 million euros. Various co-pay scenarios could reduce budget impact.

Conclusions: Despite the improvement in the oral health of the Spanish population, there are still problems derived from the existence of a socioeconomic gradient that promotes the concentration of the presence and prevalence of diseases in the lowest socioeconomic levels. Extending the services of the oral-dental portfolio to attend to the entire population would increase public health spending by 0.48 points over GDP and, even so, Spanish public health spending would continue to be below the EU-27 average.

© 2022 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

Las enfermedades bucodentales se encuentran entre las más prevalentes en todo el mundo y dan lugar a una importante carga económica y a un significativo deterioro de la calidad de vida de quienes las padecen. Dado su carácter de enfermedades

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: alberto.montero@uma.es (A. Montero-Soler).

prevenibles, la alta prevalencia de las enfermedades bucodentales es el resultado de una inadecuada financiación de su prevención y tratamiento, y de las grandes desigualdades socioeconómicas existentes. Por estos motivos, cabe considerar las patologías dentales como un grave problema de salud pública¹.

La salud bucodental de la población española ha mejorado de manera significativa desde el último cuarto del siglo pasado, como pone de manifiesto la serie disponible de Encuestas de Salud Oral que se realizan quinquenalmente en España². Estos avances quedan patentes en la última Encuesta de Salud Oral de 2020, en la cual muchos de los indicadores mejoran de manera apreciable con respecto a las anteriores encuestas³.

Sin embargo, la citada encuesta también pone de manifiesto que existe un gradiente socioeconómico en la presencia y la prevalencia de las enfermedades bucodentales, singularmente de la caries, y entre aquellas cohortes de edad que teóricamente están cubiertas por tratamiento público (infancia y adolescencia).

Así, para el grupo de niños y niñas de 12 años, el 15,6% de este colectivo concentra el 77,7% de los dientes cariados, mientras que el 100% de las piezas cariadas se concentra en el 28,6% de la población de esa edad. Además, la diferencia en la prevalencia de caries entre las poblaciones de 12 años de los niveles sociales bajo y alto es de 6,5 puntos, y en el caso de las caries activas es de 4,4 puntos. Una concentración muy similar se produce en el caso de los/las jóvenes de 15 años: el 23,4% acumulan el 87,1% de las caries, y el 100% de estas se concentran en el 35,5% de la población, siendo las prevalencias de caries y de caries activas 20,7 y 4,4 puntos superiores, respectivamente, en los niveles sociales bajos con respecto a los altos.

Por otra parte, desde una perspectiva de género se constata una mayor prevalencia de la enfermedad en las mujeres (3,7 y 7,1 puntos más en las mujeres de 12 años y 15 años con respecto a los hombres de esas edades, respectivamente) y también de las caries activas (5,7 puntos y 3,7 puntos en las mujeres de 12 años y 15 años con respecto a los hombres de esas edades, respectivamente). La relación se invierte en las mujeres adultas jóvenes (35-44 años) con respecto a los hombres en ambas variables (en prevalencia, las mujeres presentan 1,6 puntos menos y en caries activas 5,4 puntos menos). Esta diferencia se traduce en que en las personas adultas mayores (65 a 74 años) el porcentaje de desdentados es mucho mayor en los hombres (9,4% de la población) que en las mujeres (5,5%).

El patrón socioeconómico en las enfermedades bucodentales en España también ha sido constatado por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos: la tasa de necesidades insatisfechas en materia de atención dental era, en 2017, diez veces superior en las personas del quintil de menores ingresos que en las del quintil de ingresos más altos (10% frente a 1%)⁴.

Además, también se ha documentado un significativo aumento de la desigualdad en España en necesidades dentales no cubiertas entre 2007 y 2017, confirmándose que la «Gran Recesión» tuvo un impacto apreciable tanto en las necesidades insatisfechas como en la desigualdad en que estas se distribuyen, incrementándose su sensibilidad a la capacidad de pago de la población y a la situación de desempleo⁵.

Esta realidad de enfermedad y desigualdad convive con la escasa cobertura pública que el Sistema Nacional de Salud otorga a la salud bucodental. Así, el tratamiento de la caries no se encuentra cubierto más que para niños, niñas y jóvenes, de forma parcial y muy asimétrica según los territorios en función de los diferentes sistemas de provisión adoptados por cada comunidad autónoma (Plan de Atención Dental Infantil, público y mixto)⁶, mientras que los adultos solo tienen derecho a tratamiento paliativo y no reparador⁷.

De hecho, la inclusión de la asistencia bucodental pública en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud en España es relativamente reciente y se produjo con el Real Decreto

1030/2006, de 15 de septiembre (artículo 9). Posteriormente, el Real Decreto 111/2008, de 1 de febrero, estableció un régimen de subvenciones para las comunidades autónomas que se acogieran a un programa de promoción de actividades y la suscripción de convenios voluntarios para la extensión del Plan de Salud Bucodental Infantil para toda España. Sin embargo, la crisis de 2008 provocó medidas de control del gasto sanitario en la mayor parte de sus capítulos, incluidos los planes de salud bucodental infantil, suprimiéndose la partida presupuestaria del año 2012 para el referido Plan y sin que se hayan desarrollado iniciativas al respecto hasta este año 2022, cuando se ha presentado el Plan de Salud Bucodental destinado a ampliar la asistencia bucodental para la población infantojuvenil, embarazadas, personas con discapacidad y personas diagnosticadas por procesos oncológicos.

En todo caso, si bien existe consenso entre todas las fuerzas políticas acerca de la necesidad de ampliar la cartera de asistencia bucodental, tal como reflejan sus programas electorales, siempre se aduce como factor limitante el coste económico que supondría una ampliación que equiparara el Sistema Nacional de Salud español al de las economías europeas más avanzadas que sí cubren totalmente o en parte la asistencia bucodental⁸.

El resultado es que son las familias, cuando tienen posibilidades económicas para ello, las que asumen el coste de los tratamientos. Según la Encuesta de Presupuestos Familiares del Instituto Nacional de Estadística, en 2019 el gasto total de las familias en servicios dentales fue de 3047 millones de euros (en 2020 el gasto de las familias cayó hasta los 2611 millones de euros como consecuencia de las restricciones de actividad por la pandemia de COVID-19), mientras que según el Sistema de Cuentas de Salud el gasto total en consultorios odontológicos en 2020 fue de 3687 millones de euros, de los cuales el 98,2% fue gasto privado.

Estos pagos directos constituyen una carga muy importante para no pocas familias. Según un reciente informe de la Oficina Europea de la Organización Mundial de la Salud, el gasto catastrófico en servicios sanitarios (gasto que supera el 40% de la renta disponible del hogar, una vez satisfechas las necesidades de alimentación y suministros básicos) aumentó de manera significativa entre 2008 y 2014 en España, concentrándose en el quintil de población más pobre. Las principales causas de este gasto catastrófico fueron los productos sanitarios (principalmente material óptico) y la atención dental. Este mismo informe constata que, si bien las necesidades insatisfechas son inferiores a la media de la Unión Europea en lo que atañe a atención sanitaria y medicamentos bajo prescripción, supera la media en lo que respecta a la salud bucodental, en la que se registran importantes desigualdades socioeconómicas⁹.

La paradoja que supone que un Sistema Nacional de Salud universal con fuertes componentes de gratuidad para una gran mayoría de tratamientos excluya de su cobertura la salud bucodental de la mayor parte de la población constituye una anomalía entre los sistemas de salud de las economías europeas más avanzadas¹⁰.

Para aportar nueva información al debate acerca de la posibilidad y la conveniencia de incorporar la salud bucodental a la cartera básica de servicios del Sistema Nacional de Salud, se ha realizado una estimación del coste económico aproximado que tendría que asumir el sector público si decidiera implementar dicha medida.

En este sentido, el objetivo de este artículo es realizar esa estimación para superar tanto el primer escollo que surge en cuanto se plantea el debate sobre la ampliación de la cartera de servicios de salud bucodental (su elevado coste económico) como la ausencia de estudios que hayan realizado una estimación de dicho coste¹¹. Para ello, previamente se ha realizado una búsqueda de literatura al respecto en revistas académicas nacionales e internacionales, sin que se haya encontrado ningún estudio que afronte dicha tarea en estos términos, es decir, de estimación de incremento del gasto, aunque sí lo hay de estimación del coste de los sistemas en vigor¹².

Tabla 1
Simulación de incremento del gasto sanitario dental bajo diversas hipótesis

	Gasto asumido privadamente (%)	Incremento demanda (%)	Incremento coste demanda (millones €)	Coste total (millones €)
Sin copago	98,2	47,54	1.722,37	5.345,37
Copago 15%	83,2	40,28	1.459,34	5.082,34
Copago 25%	73,2	35,44	1.283,99	4.906,99
Copago 50%	48,2	23,33	845,25	4.468,25

Método

Para realizar una estimación del coste económico que supondría para el Estado la ampliación de la cartera bucodental hasta conseguir un nivel de prestaciones universal se ha partido del actual gasto privado de las familias. Este gasto supone una aproximación al nivel de servicios básicos que la ciudadanía está dispuesta a sufragar, tanto por vía impositiva como privadamente, para atender sus necesidades de salud bucodental. Usando las cifras del Sistema de Cuentas de Salud, en 2020 el gasto corriente total en servicios odontológicos fue de 3687 millones de euros (3623 millones privados y 65 millones públicos).

Evidentemente, dicha cifra puede ser cuestionada tanto al alza como a la baja. Al alza, porque ha habido años de mayor gasto (en 2010, por ejemplo, el gasto fue de 5251 millones de euros) y, por lo tanto, el nivel actual podría encubrir necesidades insatisfechas. Y a la baja, porque una política de ampliación de la cartera permitiría negociar los precios con los proveedores privados para que realizaran determinadas prestaciones según precio tasado, y porque además la cifra incluye intervenciones estéticas que, en principio, no tendrían por qué cubrirse públicamente.

En todo caso, a efectos de un planteamiento inicial que busca esencialmente grandes números a partir de la información estadística pública disponible, se asumirá que los efectos al alza y a la baja se compensan entre sí.

A continuación se ha estimado en cuánto se incrementaría la demanda de servicios bucodentales y, con ello, se acrecentaría el presupuesto necesario, como consecuencia de que lo que era un servicio de provisión privada pasaría a ser un derecho financiado públicamente, aunque la provisión fuera realizada mayoritariamente por el sector privado. El objetivo es estimar la demanda latente que no se atiende por problemas de accesibilidad económica y que todo apunta a que se concentra en un estrato social determinado que, a su vez, acumula gran parte de la carga de las enfermedades bucodentales.

De la suma de ambas partidas sería necesario deducir, a efectos de calcular el coste neto de la medida, los beneficios que se producirían al reducirse los costes directos e indirectos que provocan las enfermedades bucodentales. De momento, esa deducción no se tiene en consideración, a pesar de que, como señalan instituciones como la Organización Mundial de la Salud, su impacto no es despreciable^{13,14}.

Para estimar en cuánto se incrementaría la demanda de servicios bucodentales como consecuencia de la universalización de la prestación se ha usado el método utilizado en Australia cuando, a inicios de la década pasada, se planteó un ejercicio similar a este¹⁵. Allí recurrieron al experimento de control aleatorio realizado en los Estados Unidos por la Rand Corporation en los años 1970, en el que se calculó que la reducción del gasto directo de un individuo, del 95% de la factura actual a cero, aumentaría su demanda del servicio en un 46%¹⁶. Usando esos datos, y habida cuenta de que los gastos directos que pagaban los australianos por servicios dentales eran el 61,5% del total de la factura, el incremento en la demanda se estimó en un 30%. Para nuestro ejercicio se han asumido esta estimación del experimento de la RAND y diferentes posibilidades de copago lineales sobre los servicios.

Resultados

Asumiendo los resultados de la RAND también para el caso de España, se presentan una serie de estimaciones del gasto sobre la base del gasto privado recogido en el Sistema de Cuentas de Salud de 2020 (3623 millones de euros).

Esta metodología, extrapolada al caso de España, donde los gastos directos suponen el 98,2% del total, implicaría que la demanda se incrementaría en un 47,54%, siempre y cuando los servicios se pagaran al precio de mercado actual y no se introdujera ningún sistema de copago.

Sobre este escenario base se han contemplado diferentes posibilidades de copago lineales para financiar parcialmente los servicios, aunque habría que valorar su gradación o exención en función de la renta para determinadas personas y tratamientos. Así, se valoran cuatro escenarios posibles: sin copago y con copago del 15%, del 25% y del 50%, es decir, con financiación pública del 85%, del 75% o del 50% del coste de los tratamientos.

Los efectos sobre el gasto estimado de los diferentes tratamientos pueden verse en la [tabla 1](#).

En un sistema sin copagos, el incremento de demanda esperado sería del 47,54%, lo que elevaría el gasto total en asistencia bucodental hasta los 5345 millones de euros. A partir de ahí, el resto de los escenarios implican menores niveles de gasto. Y es que la introducción de un mecanismo de copago lineal reduce significativamente el coste de la propuesta e incrementa su accesibilidad: abarata el precio para quienes se proveen del servicio en el mercado y lo hace más asequible para quienes no pueden hacer frente a su precio. Hay que insistir, en cualquier caso, en la necesidad del correcto diseño del copago para que, al tiempo que reduzca los costes de la propuesta, ayude a reducir las desigualdades existentes.

Para valorar adecuadamente el impacto que tendría sobre las cuentas públicas se han calculado los efectos del incremento de gasto sobre el gasto sanitario y sobre el producto interior bruto (PIB) ([tabla 2](#)).

Así, el porcentaje del gasto en asistencia bucodental supondría un 4,35% del gasto sanitario total y apenas el 0,48% del PIB ([tabla 2](#)). Si, según Eurostat, el gasto sanitario público en España en 2019 suponía el 6,1% del PIB y se encontraba por debajo de la media del gasto en la Unión Europea (7% del PIB), el incremento del gasto estimado sería asumible en el marco de una política de equiparación a la media del gasto sanitario de la UE, puesto que, aun en el escenario sin copago, el gasto sanitario público en porcentaje del PIB no llegaría a la media europea, manteniéndose en algo más del 5,5% del PIB bajo los supuestos considerados.

Discusión

Como puede comprobarse, incluso con estimaciones poco conservadoras en cuanto al aumento de la demanda provocado por la universalización del servicio y la ampliación de la cobertura, y en ausencia de cualquier tipo de supuestos moduladores del nivel de prestación y de la corresponsabilidad en su financiación, las cifras muestran costes asumibles para la cuarta economía de la Unión Europea, máxime si se tiene en cuenta la prevalencia de la

Tabla 2
Efectos del incremento del gasto sanitario dental

	Coste total (millones €)	Gasto dental ^a / gasto sanitario total ^b (%)	Gasto dental ^a / gasto sanitario público ^c (%)	Gasto dental ^a / PIB ^d (%)
Sin copago	5.345,37	4,35	5,59	0,48
Copago 15%	5.082,34	4,14	5,33	0,45
Copago 25%	4.906,99	3,99	5,15	0,44
Copago 50%	4.468,25	3,64	4,71	0,40

PIB: producto interior bruto.

^a Gasto bucodental total en 2020: 3687 millones de euros.

^b Gasto sanitario total en 2020: 122.852 millones de euros.

^c Gasto sanitario público en 2020: 90.317 millones de euros.

^d PIB nominal de 2020: 1.121.948 millones de euros.

Fuentes: INE, Sistema de Cuentas de Salud.

enfermedad, la carga económica que genera y sus efectos sobre el bienestar y la calidad de vida de la población.

Hay que señalar que esta estimación se sustenta sobre la de la RAND, que fue utilizada por el gobierno de Australia en su reforma. Sin embargo, en Australia también se estimó el incremento de las prestaciones a partir de la modelización de la demanda a cargo de PricewaterhouseCoopers. El incremento estimado en el uso de los servicios se situaba entre el 11,5% y el 17%, mucho más conservador que el de la RAND y sustentado sobre supuestos particulares acerca de las coberturas de asistencia del sistema australiano; por eso, elegimos la más conservadora y de amplio espectro de la RAND.

Este estudio presenta varias limitaciones que impiden realizar una aproximación más precisa al coste total de la medida. Por un lado, el gasto privado, que se asume como punto de partida, incluye gasto en tratamientos estéticos que deberían ser deducidos y que, por lo tanto, reducirían el gasto; por otro lado, también se reduciría si en lugar de considerar precios de mercado se establecen precios regulados para los tratamientos cubiertos bajo un sistema de capitación, como ocurre en los sistemas concertados de algunas comunidades autónomas, y en los que se promueva una lógica que transite desde el pago por volumen de población hasta recompensar las mejoras en la calidad y en la eficiencia de la prestación¹⁷; y en tercer lugar, el coste total también se vería reducido porque la mejora de la salud bucodental del conjunto de la población reduciría los costes directos e indirectos asociados a las enfermedades bucodentales y a otras enfermedades para las que estas constituyen un factor de riesgo adicional.

Además, para que el incremento de la partida presupuestaria destinada a la salud bucodental se traduzca, efectivamente, en una mejora generalizada para toda la población sería deseable que se diseñara en el marco de un Plan Nacional de Salud Bucodental orientado a insertarla dentro del Sistema Nacional de Salud, promoviéndola a través de una estrategia de intervención múltiple sobre los diversos aspectos que inciden en estas enfermedades. También es preciso garantizar la accesibilidad a los servicios de salud y cuidado bucodental para determinados colectivos a los que no basta con reconocer el derecho a la atención, sino que también se debe promover activamente que lo ejerciten. Y por último, hay que alinear e integrar el sistema de salud bucodental con el resto de los sistemas que integran el Sistema Nacional de Salud y con el sector privado (dentistas, clínicas marquisistas y aseguradoras) para enfocar las enfermedades bucodentales desde una perspectiva integral, en la que todos los actores contribuyan a mejorar la eficacia de las intervenciones y los resultados en términos de salud general.

Disponibilidad de bases de datos y material para réplica

Los datos están a disposición de las personas que los soliciten al autor principal de este artículo.

¿Qué se sabe sobre el tema?

Hasta el momento, en España no se ha realizado una estimación del gasto que supondría para las arcas públicas una ampliación de la cartera de salud bucodental. El argumento siempre es el mismo: supondría un coste que España no se puede permitir.

¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

El estudio incorpora una estimación del coste total que supondría financiar públicamente el gasto actual más el incremento de la demanda derivado de ampliar la cartera de salud bucodental.

¿Cuáles son las implicaciones de los resultados obtenidos?

Las estimaciones indican que, bajo los supuestos considerados, el incremento del gasto público sería de unos 5345 millones de euros, lo que elevaría el gasto en sanidad sobre el producto interior bruto en un 0,48%, aún por debajo del de la media de la Unión Europea.

Editor responsable del artículo

Carlos Álvarez-Dardet.

Declaración de transparencia

El autor principal (garante responsable del manuscrito) afirma que este manuscrito es un reporte honesto, preciso y transparente del estudio que se remite a GACETA SANITARIA, que no se han omitido aspectos importantes del estudio, y que las discrepancias del estudio según lo previsto (y, si son relevantes, registradas) se han explicado.

Contribuciones de autoría

Conceptualización: A. Montero Soler. Refinamiento de la idea: A. Montero Soler y F.I. Sánchez Martínez. Escritura y edición: A. Montero Soler. Revisión: F.I. Sánchez Martínez.

Financiación

Este estudio ha contado con la financiación de un contrato realizado entre la empresa de consultoría Llorente y Cuenca, a instancias de Vitaldent, y la Universidad de Málaga para la realización de un

estudio que aproximara los costes de una ampliación de la cartera de prestaciones en materia de salud bucodental.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Peres MA, Macpherson L, Weyant RJ, et al. Oral diseases: a global public health challenge. *Lancet*. 2019;394:249–60.
2. Bravo M, San Martín L, Casals E, et al. The healthcare system and the provision of oral healthcare in European Union member states. Part 2: Spain. *Br Den J*. 2015;219:547–51.
3. Encuesta de Salud Oral en España 2020. RCOE. Revista del Ilustre Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de España. 2020. (Consultado el 28/9/2021.) Disponible en: <https://rcoe.es/articulo/115/encuesta-de-salud-oral-en-espa-2020>.
4. OCDE. State of Health in the EU. España. Perfil sanitario nacional. 2019. (Consultado el 28/9/2021.) Disponible en: https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/state/docs/2019_chp_es_spanish.pdf.
5. Urbanos-Garrido RM. Income-related inequalities in unmet dental care needs in Spain: traces left by the Great Recession. *Int J Equity Health*. 2020;19:207.
6. Llena-Puy C, Blanco-González JM, Llamas-Ortuño ME, et al. La atención bucodental en comunidades autónomas con modelos público o mixto en España. *RCOE. Revista del Ilustre Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de España*. 2018;23:14–22.
7. 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. (Consultado el 28/9/2021.) Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-16212>.
8. Windström E, Eaton KA. Oral health systems in the extended European Union. *Oral Health Prev Dent*. 2004;2:155–94.
9. Urbanos-Garrido R, Peña-Longobardo LM, Comendeiro-Maaløe M, et al. ¿Se puede permitir la gente pagar por la atención sanitaria? Nueva evidencia sobre la protección financiera en España. Copenhague: World Health Organization; 2021. (Consultado el 27/2/2022.) Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/347895/WHO-EURO-2021-3996-43755-61568-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
10. Sinclair E, Eaton KA, Widström E. The healthcare systems and provision of oral healthcare in European Union member states. Part 10: comparison of systems and with the United Kingdom. *Br Den J*. 2019;227:305–10.
11. Pinilla Domínguez J. La economía de los servicios de atención bucodental en España. *Cuadernos Económicos de ICE*. 2004;67:135–60.
12. Winkelmann J, Gómez Rossi J, van Ginneken E. Oral health care in Europe: financing, access and provision. *Health Syst Transit*. 2022;24:1–176.
13. Organización Mundial de la Salud. El desafío de las enfermedades bucodentales. Una llamada a la acción global. Atlas de Salud Bucodental. 2.^a ed. Ginebra: Federación Dental Internacional; 2015. (Consultado el 27/2/2022.) Disponible en: https://www.fdiworlddental.org/sites/default/files/2021-03/book_spreads_oh2_spanish.pdf.
14. Listl S, Galloway J, Mossey PA, et al. Global economic impact of dental diseases. *J Dent Res*. 2015;94:1355–61.
15. Healthy Mouths, Healthy Lives. Australia's National Oral Health Plan 2015-2024. Department of Health and Age Care. Australian Government; 2016. (Consultado el 28/9/2021.) Disponible en: <https://www.health.gov.au/sites/default/files/documents/2022/04/healthy-mouths-healthy-lives-australia-s-national-oral-health-plan-2015-2024-australia-s-national-oral-health-plan-2015-2024.pdf>.
16. Newhouse J. *Free for all? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment*. Cambridge, Mass: Harvard University Press; 1993.
17. OCDE. Better ways to pay for health care. 2016. (Consultado el 18/8/2022.) Disponible en: <https://www.oecd.org/publications/better-ways-to-pay-for-health-care-9789264258211-en.htm>.