



ORIGINAL

Determinantes del acceso a la salud dental en España

Sofía Ruiz-Campo^a, Sergio Zuniga-Jara^{b,*} y Karla Soria-Barreto^b



^a Universidad Villanueva, Madrid, España

^b Escuela de Ciencias Empresariales, Universidad Católica del Norte, Coquimbo, Chile

Recibido el 23 de enero de 2025; aceptado el 3 de marzo de 2025

Disponible en Internet el 17 de junio de 2025

PALABRAS CLAVE

Atención dental;
Nivel
socioeconómico;
Condiciones
socioeconómicas;
Salud bucal;
Encuesta
socioeconómica

Resumen

Objetivo: Este estudio analizó la relación entre factores demográficos y socioeconómicos con el acceso a servicios dentales en los adultos españoles.

Diseño: Estudio descriptivo, transversal y observacional.

Emplazamiento: Se usa la encuesta de condiciones de vida de España 2023, con cobertura nacional de la población adulta.

Participantes: Se incluyeron 27.227 hogares y 56.532 adultos, de los cuales son varones un 48,0% y mujeres un 52,0% entre los 18 y 85 años (al año 2023), y una edad media de 50 años.

Intervenciones: No necesarias.

Mediciones principales: Se estimó un modelo logístico para analizar los determinantes de la probabilidad de consultar al dentista cuando se necesitó hacerlo. Las principales variables consideradas fueron el acceso a la salud dental, los ingresos, el reunirse con amigos y/o familiares, el estado general de salud, participar en actividades de ocio y gastar dinero en sí mismo.

Resultados: Los resultados sugirieron que los ingresos más altos, la falta de interacción social, un estado de salud general deficiente, la falta de participación en actividades de ocio y la incapacidad de gastar dinero en uno mismo, fueron los 5 factores principales que explican la falta de acceso a la atención dental en España.

Conclusiones: Los resultados permiten concluir que el acceso a la salud dental en España está fuertemente influenciado por factores socioeconómicos, como los ingresos, la interacción social y la capacidad de gasto, lo que sugiere una necesidad de abordar estas desigualdades para garantizar un acceso equitativo a la atención dental para toda la población.

© 2025 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC licencia (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: sz@ucn.cl (S. Zuniga-Jara).

KEYWORDS

Dental care;
Socioeconomic level;
Socioeconomic conditions;
Oral health;
Socioeconomic survey

Determinants of access to dental health in Spain**Abstract**

Objective: This study analyzed the relationship between demographic and socioeconomic factors with access to dental services in Spanish adults.

Design: Descriptive, cross-sectional, observational study.

Site: The 2023 Spanish Living Conditions Survey was used, with national coverage of the adult population.

Participants: 27,227 households and 56,532 adults were included, of whom 48.0% were men and 52.0% were women between 18 and 85 years of age (by 2023), and an average age of 50 years.

Interventions: Not required.

Main measurements: A logistic model was estimated to analyze the determinants of the probability of consulting a dentist when needed. The main variables considered were access to dental health, income, meeting with friends and/or family, general health status, participating in leisure activities, and spending money on oneself.

Results: The results suggested that higher income, lack of social interaction, poor general health status, lack of participation in leisure activities and inability to spend money on oneself were the five main factors explaining the lack of access to dental care in Spain.

Conclusions: The results allow to conclude that access to dental health in Spain is strongly influenced by socioeconomic factors, such as income, social interaction and spending capacity, suggesting a need to address these inequalities to ensure equitable access to dental care for the entire population.

© 2025 The Authors. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>).

Introducción

El acceso y uso de los servicios dentales es una manifestación de las desigualdades socioeconómicas en salud, especialmente entre las poblaciones vulnerables, debido a su impacto tanto en las personas como en la sociedad¹⁻³. La salud bucal puede incidir en la salud general⁴ y está vinculada con funciones físicas y cognitivas. Por ejemplo, las enfermedades periodontales, como la gingivitis y la periodontitis, se han relacionado con la aparición de enfermedades cardiovasculares, renales y crónicas, como la diabetes⁵. La prevención y el tratamiento temprano de las enfermedades bucales pueden evitar complicaciones y, por lo tanto, mejorar la calidad de vida de los pacientes^{6,7}.

El sistema sanitario español es reconocido por su eficiencia, gracias a su estructura descentralizada y cobertura universal⁸. La salud oral sigue siendo un campo que necesita progreso dentro del Sistema Nacional de Salud de España. A pesar de contar con un sistema de salud universal, los servicios odontológicos en España no están totalmente cubiertos por el sistema público de salud, lo que obliga a la mayoría de los ciudadanos a recurrir a servicios privados⁹. Esta falta de cobertura pública generalizada para los servicios dentales ha sido identificada como uno de los factores que perpetúan las desigualdades socioeconómicas en el acceso a la atención odontológica¹⁰.

Un estudio reciente que analizó la literatura internacional en torno a la salud oral y a la migración¹¹, señaló la necesidad de llevar a cabo más investigaciones en el tema dado lo escaso de la misma. Otros estudios^{12,13} destacan la importancia de que los gestores de la salud comprendan

los factores que promueven el uso de servicios dentales para contribuir a reducir disparidades en salud¹⁴ por sexo, clase social, empleo y escasez material¹⁵. Las afecciones bucodentales suelen ser más frecuentes entre los grupos más desfavorecidos y pobres¹⁶. Por lo tanto, en España el acceso a los servicios dentales parece seguir siendo bastante desigual, subrayando la necesidad de investigar los factores socioeconómicos que limitan su utilización.

El objetivo de este trabajo es analizar la relación entre los factores demográficos y socioeconómicos con el no uso de los servicios dentales en los adultos españoles, utilizando la encuesta de condiciones de vida (ECV).

Metodología

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, transversal y observacional, utilizando la ECV de España del año 2023. La ECV es una operación estadística anual representativa de la población adulta dirigida a hogares, que se realiza en todos los países de la Unión Europea. Es una estadística armonizada que establece un marco común para las estadísticas europeas relativas a las personas y los hogares a partir de muestras. El tamaño muestral consiste en una muestra efectiva formada por unas 67.000 personas. El tipo de muestreo consiste en una encuesta panel en la que las personas entrevistadas colaboran 4 años seguidos (muestreo bietápico estratificado). El método de recogida es multicanal ofreciéndose al hogar la posibilidad de responder por internet, realizar la encuesta por entrevista telefónica o mediante entrevista presencial. El Instituto Vasco de Estadística¹⁷ estimó que el error relativo al 95% de esta encuesta para el

Tabla 1 Características de la muestra

	Porcentaje		Porcentaje
<i>Sexo (PB150_d)</i>		<i>Ingreso per cápita (€) (ingpercap_c)</i>	
1 Varón	48,0	1 \leq 10.000	13,4
2 Mujer	52,0	2 $>$ 10.000 y \leq 20.000	39,4
		3 $>$ 20.000 y \leq 30.000	27,9
		4 $>$ 30.000 y \leq 40.000	11,8
<i>Educación (PE041_c)</i>		5 $>$ 40.000 y \leq 50.000	4,3
0 Menos que primaria	6,2	6 $>$ 50.000 y \leq 60.000	1,7
1 Educ. primaria	11,2	7 $>$ 60.000	1,5
2 Primera etapa educ. secund.	23,6		
3 Segunda etapa educ. secund.	24,4		
4 Educ post. sec. no superior	0,1	<i>Caract. de la zona de residencia (DB100)</i>	
5 Educ superior	34,5	1 Zona muy poblada	52,2
<i>Estado civil (PB190_c)</i>		2 Zona media	31,9
1 Casado	52,9	3 Zona poco poblada	15,9
2 Separado, viudo o divorciado	14,4		
3 Soltero	32,7	<i>Estado general de salud (PH010_d)</i>	
		0 Muy bueno o bueno	69,9
		1 Regular, malo o muy malo	30,1
Edad a 2023, basado en la variable «Año de nacimiento (PB140) entre 18 y 85 años»			Media 50,3

porcentaje de familias con situación económica normal es del 3,53% (al 95% de confianza el verdadero valor oscila en un intervalo del $\pm 3,14\%$ de la estimación dada). Más información metodológica de la ECV se proporciona a través de las citas bibliográficas: ^{18,19}.

Usamos los archivos de corte transversal de 3 encuestas: D con información básica del hogar (27.227 registros), H con información detallada del hogar (27.227 registros) y P con información detallada de adultos sin niños (56.532 registros). Estas bases contienen un identificador de familias para vincular la información entre ellas. Se puede acceder a estas bases de datos a través de la cita bibliográfica: ²⁰.

La variable explicada (discreta) es 174PH060» ¿Durante los últimos 12 meses, hubo alguna ocasión en la que realmente necesitó consultar a un dentista, pero no lo hizo?, Sí = 1 y No = 2. Construimos la variable PH060_d (0 = Sí y 1 = No). Las variables explicativas son:

- Ingreso per cápita («ingpercap_c») calculada HY020 (ingresos) dividido por HX240 (número de miembros del hogar), combinando H y P y ordenando a los encuestados en 7 categorías
- Estado general de salud (PH010_d), desde Muy bueno = 0, hasta Muy Malo = 1
- Estado civil («PB190_c»), reordenando PB190, Soltero = 1, Casado = 2, Separado = 3, Viudo = 4 y Divorciado = 5 en solo 3 categorías que son 3 opciones más significativas para nuestro estudio: 1 = casado (mantiene un vínculo matrimonial); 2 = separado, viudo o divorciado (mantuvo

en algún momento un vínculo matrimonial); 3 = soltero (nunca ha mantenido un vínculo matrimonial)

- Fecha de nacimiento («PB140») como medida de la edad
- Sexo (PB150_d) categorizada Varón = 1 y Mujer = 2
- Educación (PE041_c), una variable reordenada en solo 5 categorías, desde «Menos que primaria» = 00, «Educación primaria» = 10, hasta «Educación superior» = 50; esto debido a que originalmente existen 10 categorías que dificultan innecesariamente la calidad estadística de la estimación de esta variable
- ¿Se reúne con amigos y/o familiares? (PD050_d), Sí = 1 y No = 0
- ¿Participa regularmente en actividades de ocio? (PD060_d), Sí = 1 y No = 0
- ¿Gasta pequeña cantidad de dinero en usted? (PD070_d), Sí = 1 y No = 0
- Grado de urbanización (DB100), si la familia vive en zona muy poblada = 1, media = 2 o poco poblada = 3
- Delincuencia o vandalismo en la zona (HS190), Sí = 1 o No = 2

Se estimó un modelo logístico para analizar los factores determinantes de la probabilidad de consultar o no al dentista cuando realmente se necesitó. Para más referencias de esta técnica, p. ej., ver las citas bibliográficas: ²¹⁻²³. Más formalmente, siendo x una variable explicativa, β un parámetro a estimar, y $p(\pi)$ la probabilidad de un evento binario, el modelo define el predictor $\pi_{i=1} x_i^t \beta = \beta_0 + \beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 + \dots$. La exponencial de los coeficientes estimados viene dada por:

Tabla 2 Estimaciones de la regresión logística del acceso a la salud dental en España

Número de obs.: 27.622,00
 Likelihood ratio (LR) χ^2 (11): 3.652,02
 Prob > χ^2 : 0,00
 Pseudo R2: 0,19
 Log likelihood: -7.976,44

Acceso salud dental necesitándolo (PH060_d)	odds ratio	Error estándar	z	p > z	Intervalo de confianza del 95%
Ingreso per cápita (ingpercap_c)	0,5910	0,0145	-21,38	0,0000	0,5631-0,6202
Estado de salud (PH010_d)	1,7616	0,0806	12,37	0,0000	1,6105-,9270
Estado civil (PB190_c)	1,1520	0,0308	5,29	0,0000	1,0931-1,2140
Fecha de nacimiento (PB140)	1,0038	0,0015	2,51	0,0120	1,0008-1,0068
Sexo (PB150_d)	0,8487	0,0354	-3,93	0,0000	0,7821-0,9210
Educación (PE041_c)	0,9396	0,0137	-4,26	0,0000	0,9131-0,9670
Reunión con amigos (PD050_d)	0,5051	0,0245	-14,06	0,0000	0,4592-0,5555
Actividades de ocio (PD060_d)	2,1890	0,1128	15,20	0,0000	1,9786-2,4217
Gasto personal (PD070_d)	1,7094	0,0811	11,31	0,0000	1,5577-1,8759
Grado de urbanización (DB100)	0,9436	0,0271	-2,03	0,0430	0,8920-0,9981
Delincuencia (HS190)	0,6387	0,0323	-8,85	0,0000	0,5784-0,7054
constante	0,0001	0,0004	-2,99	0,0030	0,0000-0,0457

Nota: constante estima los odds del modelo base.

$$odds_0 = \frac{p(\pi)}{1 - p(\pi)} = \exp(\beta_0 + \beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 + \dots) \quad (1)$$

de modo que:

$$OR = \exp(\beta_1) = \frac{Odds_1}{Odds_0} \quad (2)$$

tal que los coeficientes β exponenciados son los odds ratio (OR), es decir los cambios en los odds que son debido a cambios en la variable x.

Para estimar los coeficientes β se requiere una regresión con una variable dependiente transformada, y como los valores son 0 y 1, aplicando la transformación $f(x) = \log(x/(1-x))$, $\log(0/1)$ y $\log(1/0)$ no son finitos. Por eso, para encontrar los coeficientes se utiliza el método de máxima verosimilitud.

Resultados

La [tabla 1](#) muestra las características más importantes de la muestra, permitiendo observar que el 48% fueron varones y el 52% mujeres. En educación predominó el nivel secundario (categorías 2 y 3). Hubo más casados que en otro estado civil. El ingreso per cápita anual más frecuente estuvo en el rango de entre 10.000 y 20.000€. Mayoritariamente vivían en zonas muy pobladas, con un estado de salud muy bueno o bueno. Las edades de los encuestados estaban entre 17 y 85 años, con una media de 50,3 años.

Las estimaciones del modelo Logit con el software [Stata®²⁴](#) se muestran en la [tabla 1](#), reportando directamente OR. La interpretación de los coeficientes es: $OR > 1$ indica asociación positiva entre el predictor y las probabilidades de que ocurra el resultado, y $OR < 1$ asociación negativa. Usando el umbral común para la significación de 0,05, se rechazó la hipótesis nula cuando $p < 0,05$, lo que sugiere que existe una relación estadísticamente significativa entre esa

variable independiente y probabilidades de que una persona NO consulte a un dentista cuando realmente lo necesitó.

La [tabla 2](#) permite observar que el modelo está bien formulado porque todas las variables explicativas aparecen significativas. Las 5 variables que más explican el NO acceder a la salud dental en España son tener mayores ingresos (ingpercap_c), con una relación negativa (esperada), NO reunirse con amigos y/o familiares (PD050_d), un buen estado general de salud (PH010_d), NO participar en actividades de ocio (PD060_d), y NO gastar dinero en sí mismo (PD070_d). En resumen, todas las variables son significativas individualmente y con los signos esperados, mientras que la prueba LR chi2(11) muestra que el modelo posee significancia globalmente.

Finalmente, se ilustra la calidad de ajuste predictivo del modelo Logit de acceso a salud dental cuando se necesita (PH060_d). La [figura 1](#) compara las clasificaciones o frecuencias observadas en bases de datos de la ECV (en azul), contra las clasificaciones ajustadas por el modelo Logit (predict) para cada categoría (en naranja). La Figura muestra comparaciones sólo con 4 variables explicativas destacables: ingreso per cápita (ingpercap_c), estado civil (PB190_c), educación (PE041_c) y reunión con amigos (PD050_d). Se aprecia que en los 4 casos el ajuste que entrega el modelo Logit fue notablemente bueno, ya que no se observó una sobre o subestimación sistemática, y las diferencias son mínimas en cada caso. Para las demás variables explicativas el ajuste fue similar, por lo que se omitieron.

Discusión y conclusiones

Las enfermedades dentales no solo afectan la salud individual, sino que también tienen efectos negativos sobre los sistemas sanitarios y la sociedad en su conjunto. Proporcionar acceso a la atención dental puede mejorar los resultados de salud, reducir los costes del sistema sanitario y tener un impacto positivo en diversos resultados sociales²⁵.

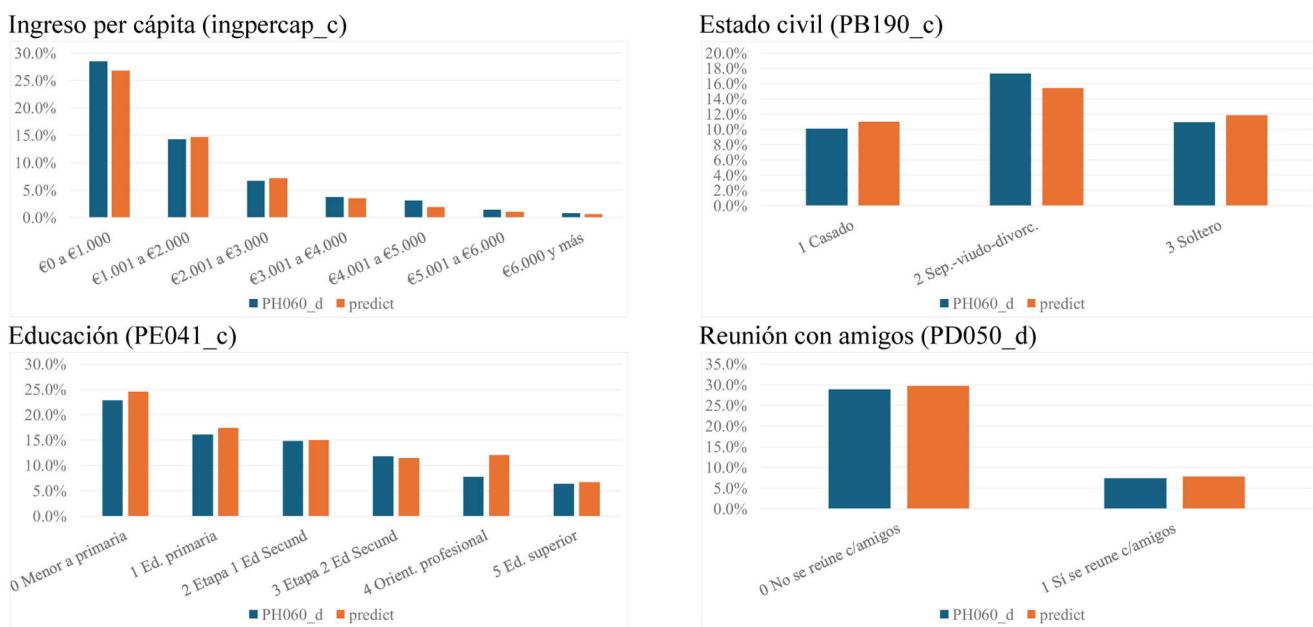


Figura 1 Clasificaciones observadas de acceso salud dental (PH060_d, en azul) versus clasificaciones ajustadas por el modelo Logit (predict, en naranja). PH060_d: clasificaciones observadas de acceso salud dental (en azul); predict: clasificaciones ajustadas por el modelo Logit (en naranja).

El presente estudio destaca las brechas de conocimiento existentes en la literatura, especialmente en lo que respecta al alcance y los resultados de los programas de atención dental. Con el fin de recomendar soluciones políticas sostenibles, es necesario que las investigaciones futuras profundicen en el análisis de los impactos de las intervenciones en la atención dental a nivel social más amplio.

Los resultados del estudio se basan en el caso español, para el año 2023, y sugieren que todas las variables empleadas mostraron resultados significativos y con los signos esperados. Estos resultados coinciden con los de otros países²⁵, que identificaron como principales factores que contribuyen a las desigualdades sociales en salud a la privación material, la exclusión social, los problemas financieros y la situación laboral. Otros autores²⁶ refuerzan estos hallazgos incorporando la edad al estudio. También se ha encontrado²⁷ que la ocupación, la educación y los ingresos son importantes para entender estas disparidades. Las ciudades de menor tamaño reportan una mejor valoración de la calidad de la salud. Adicionalmente, encontramos que un estado de salud general deficiente aumenta la probabilidad de no acudir al dentista, y que vivir en zonas poco pobladas dificulta el acceso²⁸. Por todo ello, nuestro análisis obtiene evidencia que concuerda con otros estudios, en que a medida que aumenta el nivel socioeconómico, disminuye la incidencia de problemas de salud, dolencias y mortalidad^{29,30}. Los resultados obtenidos permiten concluir que el acceso a la salud dental en España parece estar fuertemente influenciado por factores socioeconómicos, tales como los ingresos, la interacción social y la capacidad de gasto. Esto resalta la necesidad de abordar tales desigualdades para garantizar un acceso equitativo a la atención dental para toda la población.

Los resultados son útiles y pertinentes para diseñar políticas públicas más inclusivas y eficaces, privilegiando el

acceso a personas de menores ingresos, con limitada interacción social, con enfermedades preexistentes y alejadas de las grandes ciudades. Con el fin de recomendar soluciones políticas sostenibles será recomendable más investigaciones para profundizar en el conocimiento del alcance y la efectividad de los programas de atención dental vigentes en España.

Como fortalezas del estudio destaca que se trata de un análisis específico para el caso de España, con una base de datos actualizada y confiable, de la que se pueden extraer conclusiones valiosas para reducir una mayor equidad el acceso a los servicios dentales. Con el fin de recomendar soluciones políticas sostenibles, las investigaciones futuras debieran profundizar en el análisis de los impactos de las intervenciones en la atención dental a un nivel social más amplio.

Aunque la ECV sigue criterios estadísticos rigurosos para representar a la población española, pueden existir subgrupos insuficientemente representados (p. ej., personas en situación de exclusión social o inmigrantes con barreras idiomáticas). Otra limitación tiene que ver con que la encuesta capta información referida al año de medición (2023). Factores coyunturales como la inflación, cambios en las políticas de salud o la recuperación económica pospandemia pueden influir en las respuestas y, por tanto, también limitar la generalización de los resultados. Finalmente, la validez de los resultados depende fuertemente de la ECV 2023, y errores en la recolección de datos, sesgos en la formulación de preguntas o problemas en la interpretación de los encuestados pueden afectar los hallazgos.

En resumen, los resultados permiten concluir que el acceso a la salud dental en España se encuentra considerablemente influenciado por diversos factores socioeconómicos, tales como los ingresos, la interacción social y la capacidad de gasto. Esta situación sugiere la

necesidad de abordar dichas desigualdades con el fin de garantizar un acceso equitativo a la atención dental para toda la población.

Lo conocido sobre el tema

- El acceso desigual a los servicios dentales en España refleja disparidades socioeconómicas en la salud, afectando especialmente a las poblaciones vulnerables. A pesar de tener un sistema sanitario eficiente, persisten desigualdades y existe poca evidencia de cómo los factores demográficos y socioeconómicos influyen en el no uso de los servicios de salud bucal.

Qué aporta este estudio

- Se provee evidencia de que el acceso a la salud dental en España está condicionado por factores socioeconómicos como ingresos y capacidad de gasto, lo que subraya la necesidad de políticas públicas inclusivas y equitativas.
- Este estudio contribuye a la toma de decisiones basadas en la evidencia, aportando nuevos datos sobre la necesidad de implementar políticas públicas más inclusivas y eficaces para reducir las desigualdades en el acceso a salud bucal en España.

Financiación

El trabajo no ha recibido ayuda financiera.

Consideraciones éticas

Este estudio no necesitó ser autorizado por el Comité de Ética de la Universidad, porque no fue necesario solicitar consentimiento informado por escrito antes de participar en el estudio. Los autores declaran no haber hecho uso de información personal. Se utiliza información pública.

Los datos utilizados fueron de la Encuesta de Condiciones de Vida (ECV), que se encuentran a disposición de quienes los requieran en la página del INE de España: http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176807&menu=ultiDatos&idp=1254735976608.

Conflicto de intereses

Los autores no refieren ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. World Health Organization (WHO). Follow-up to the political declaration of the third high-level meeting of the General Assembly on the prevention control of non-communicable disease. Seventy-fifth World Health Assembly. 2022 [accessed 15 Apr 2024] Available from: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA75/A75_10Add5-en.pdf
2. Zardak AN, Amini-Rarani M, Abdollahpour I, Eslamipour F, Tahani B. Utilization of dental care among adult populations: A scoping review of applied models. *BMC Oral Health.* 2023;23:596, <http://dx.doi.org/10.1186/s12903-023-03323-1>.
3. Corovic S, Janicijevic K, Radovanovic S, Vukomanovic I, Mihaljevic O, Djordjevic J, et al. Socioeconomic inequalities in the use of dental health care among the adult population in Serbia. *Front. Public Health.* 2023;11, <http://dx.doi.org/10.3389/fpubh.2023.1244663>.
4. Ortega ER, Gómez BA, Salame VA. Los beneficios que aporta el aceite de coco a la salud bucal. *Dilemas contemporáneos: Educación, Política y Valores.* 2022;10, <http://dx.doi.org/10.46377/dilemas.v10i18.3432>.
5. Guarnizo-Herreño CC, Watt RG, Garzón-Orjuela N, Suárez-Zúñiga E, Tsakos G. Health insurance and education: Major contributors to oral health inequalities in Colombia. *J. Epidemiol. Community Health.* 2019;73:737-44, <http://dx.doi.org/10.1136/jech-2018-212049>.
6. Nora AD, da Silva C, de Oliveira R, Soares FZ, Minatel M, Lenzi TL. Is caries associated with negative impact on oral health-related quality of life of pre-school children? A systematic review and meta-analysis. *Pediatr Dent.* 2018;40:403-11, <http://dx.doi.org/10.1590/1807-3107bor-2022vol36.0041>.
7. Núñez-Contreras J, Hofer-Durán P, Sinsay-Schmeisser J, Zaror C. Impact of Sociodemographic and Oral Conditions on Oral Health Related Quality of Life in Preschool Children from Temuco, Chile. *Int J Odontostomat.* 2021;15:503-12, <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-381X2021000200503>.
8. García-Armesto S, Abadía-Taira MB, Durán A, Hernández-Quevedo C, Bernal-Delgado E. Spain: Health system review. *Health Syst. Transit.* 2010;12:1-295. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/330332/HiT-12-4-2010-eng.pdf>
9. Donte Group. Salud bucodental y exclusión económica: Un coste social evitable. 2023 [consultado 15 Abr 2024] Disponible en: <https://www.dontegroup.com/wp-content/uploads/2023/09/DONTEGROUP.Informe-Salud-bucodental-y-exclusio%CC%81n-econo%CC%81mica.pdf>
10. Montero-Soler A, Sánchez-Martínez F. Una aproximación al coste presupuestario de universalizar la salud bucodental en España. *Gac Sanit.* 2023;37:102285, <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2022.102285>.
11. Fajreldin V, Presle R, Molina S. National and international studies in oral health and migration, a narrative review. *Int J Interdiscip Dent.* 2023;16:227-9, <http://dx.doi.org/10.4067/S2452-55882023000300227>.
12. Costa FS, Possebom dos Santos L, Chisini LA. Inequalities in the use of dental services by people with and without disabilities in Brazil: A National Health Survey. *Clin Oral Invest.* 2024;28:540, <http://dx.doi.org/10.1007/s00784-024-05917-7>.
13. Kristensen M, Ersbøll AK, Andersen I, Øzhayat EB. Utilization of a public subsidy scheme for dental care services among socially vulnerable citizens out of labor in Copenhagen, Denmark. *Acta Odontol Scand.* 2024;83:112-9, <http://dx.doi.org/10.1080/00016357.2023.2279606>.
14. Gotsens M, Mari-Dell'Olmo M, Pérez K, Palència L, Martínez-Beneito MA, Rodríguez-Sanz M, et al. Socioeconomic inequalities in mortality due to injuries in small areas of 15 European cities. *Health Place.* 2013;24C:165-72, <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthplace.2013.09.003>.
15. Pedrós Barnils N, Eurenus E, Gustafsson PE. Self-rated health inequalities in the intersection of gender, social class and regional development in Spain: Exploring contributions of material and psychosocial factors. *Int J Equity Health.* 2020;19:85, <http://dx.doi.org/10.1186/s12939-020-01202-7>.

16. Morata J, Morata L. Salud bucodental en los niños: ¿debemos mejorar su educación? Rev Pediatr Aten Primaria. 2019;21:e173-8 [consultado 15 Abr 2024] Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=366663026003>
17. Euskal Estatistika Erakunda - Instituto Vasco De Estadística. Informe sobre el Cálculo de Errores de Muestreo Encuesta sobre Condiciones de Vida (ECV). 2004 [consultado 15 Abr 2024] Disponible en: www.eustat.eus/document/datos/Calculo_errores_ECV04_c.pdf
18. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Condiciones de vida. Metodología. Madrid, 2005 (Revisada en 2023). 2005a [consultado 15 Abr 2024] Disponible en: www.ine.es/daco/daco42/condivi/ecv_metodo.pdf
19. Instituto Nacional de Estadística. Informes Metodológicos Estandarizados. 2005b [consultado 15 Abr 2024] Disponible en: www.ine.es/dynt3/metadatos/es/RespuestaDatos.html?oe=30453
20. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Condiciones de Vida (ECV). Año 2023. Resultados definitivos. 2024 [consultado 15 Abr 2024] Disponible en: <https://www.ine.es/uc/6ypGknBui1>
21. Dalfó i Baqué A, Capillas Peréz R, Guarch Rocarias M, Figueras Sabater M, Ylla-Català Passola A, et al. Efectividad de la automedición de la presión arterial en pacientes hipertensos: estudio Dioampa. Aten Primaria. 2008;40:233-7, <http://dx.doi.org/10.1157/13072786>.
22. Damián J, Pastor R, Armadá F, Arias L. Epidemiología de la degeneración macular asociada con la edad. Situación en España. Aten Primaria. 2008;40:51-7, <http://dx.doi.org/10.1157/13090016>.
23. Soler-González J, Serna Arnáiz C, Rué Monné M, Bosch Gaya A, Ruiz Magaz MC, Gervilla Caño J. Use of Primary Care Resources by Immigrants and the Autochthonous Persons Who Contact the Care Services in the City of Lleida, Spain [Article in Spanish]. Aten Primaria. 2008;40:225-31, <http://dx.doi.org/10.1157/13120019>.
24. StataCorp. Stata Statistical Software versión 18. College Station, TX: StataCorp LLC; 2023.
25. Ghoneim A, Ebnahmady A, D'Souza V, Parbhakar K, He H, Gerbig M, et al. The impact of dental care programs on healthcare system and societal outcomes: A scoping review. BMC Health Serv Res. 2022;22:1574, <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-022-08951-x>.
26. Spiers GF, Liddle JE, Stow D, Searle B, Whitehead IO, Kingston A, et al. Measuring older people's socioeconomic position: A scoping review of studies of self-rated health, health service and social care use. J Epidemiol Community Health. 2022;76:572-9, <http://dx.doi.org/10.1136/jech-2021-218265>.
27. Regidor E, Martínez D, Astasio P, Ortega P, Calle ME, Domínguez V. Trends of socioeconomic inequalities and socioeconomic inequalities in self-perceived health in Spain. Gac Sanit. 2012;26:37-41, [http://dx.doi.org/10.1016/S0213-9111\(06\)71484-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0213-9111(06)71484-4).
28. De Dominicis, Berlingieri F, d'Hombres B, Gentile C, Mauri C, Stepanova E. Report On The Quality Of Life In European Cities. European Comission. 2023 [accesed 15 Apt 2024] Available form: https://ec.europa.eu/regional_policy/sources/reports/qol2023/2023_quality_life_european_cities.en.pdf
29. Idler EL, Benyamin Y. Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies. J Health Soc Behav. 1997;38:21-37, <http://dx.doi.org/10.2307/2955359>.
30. Borrell C, Muntaner C, Benach J, Artazcoz L. Social class and self-reported health status among men and women: What is the role of work organisation, household material standards and household labour? Soc Sci Med. 2004;58:1869-87, [http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536\(03\)00408-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536(03)00408-8).