

Gasto sanitario en atención primaria en España: insuficiente para ofrecer servicios atractivos para pacientes y profesionales. Informe SESPAS 2012

Juan Simó^{a,*} y Juan Gérvas^b

^a Centro de Salud de Rochapea, Pamplona, Navarra, España

^b Equipo CESCA, Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 28 de enero de 2011

Aceptado el 17 de mayo de 2011

On-line el xxx

Palabras clave:

Servicios sanitarios

Gasto sanitario

Atención primaria

Keywords:

Health services

Expenditure on health

Primary care

R E S U M E N

El relativo bajo gasto sanitario español en atención primaria es el resultado del propio *statu quo* de nuestro sistema sanitario, que dispone de una atención hospitalaria-especializada mucho más universalizada *de facto* y siempre mejor financiada que la atención primaria, y de las políticas sanitarias desarrolladas en las últimas tres décadas, que a la postre han propiciado más el desarrollo del sector sanitario ambulatorio privado que el de la atención primaria.

© 2011 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Health expenditure on primary care in Spain: not enough to provide attractive services to patients and health professionals. SESPAS Report 2012

A B S T R A C T

The relatively low health expenditure on primary care in Spain is a result of the status quo in the health system, in which hospital/specialized care is much more widespread and better financed than primary care. Another cause consists of the health policies developed in the last 30 years, which have prioritized the development of the private ambulatory health sector over primary care.

© 2011 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La atención primaria pública española arrastra desde hace tres décadas una insuficiencia presupuestaria que, según nuestra tesis, no es producto del azar sino que refleja el *statu quo* de una sanidad pública que ha mantenido a la atención primaria en una situación de menor «universalidad». Por mucho que los responsables de la administración proclamaran sus efectos benéficos, la atención primaria no ha resultado atractiva para los ciudadanos (pacientes) ni para los profesionales que podían elegirla, empezando por los propios empleados de la administración (funcionarios) y los médicos recién licenciados (a la hora de elegir especialidad). Para ello ha sido decisivo el mantenimiento durante años, por acción u omisión, de su anemia presupuestaria. En lo que sigue aportaremos información y argumentos que respaldan nuestra tesis.

Escasa financiación de nuestra atención primaria pública

La estrategia nº 36 del Proyecto AP21 aprobado en 2006 por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud propugnaba el incremento de la financiación de la atención primaria por encima del incremento del presupuesto sanitario público¹. Los datos confirman la necesidad perentoria de tal estrategia, pues el gasto sanitario

público creció en términos reales un 24% más que el de atención primaria desde el inicio de la reforma, en 1984, hasta 2008². Desde entonces, todos los sectores funcionales han aumentado su presupuesto más que la atención primaria: el gasto hospitalario, un 20% más; el gasto en farmacia de receta, un 46% más; el gasto en salud pública, 15 veces más; el gasto en servicios colectivos de salud, un 52% más; el gasto en otras prestaciones sociales, un 70% más; y el gasto de capital, un 70% más². Estos incrementos, reflejo de la modernización de nuestra sanidad pública, contrastan con el hecho de que lo que explícitamente se quería modernizar en 1984, la atención primaria, sea precisamente el sector funcional que menos ha incrementado su presupuesto desde entonces. El grueso de la infra-presupuestación de la atención primaria se produce entre 1972 y 1990, en el marco de sucesivas ampliaciones de cobertura de población a cargo de la sanidad pública². Especialmente incomprensible fue la ocurrida durante la culminación del proceso de universalización *de facto* de nuestra sanidad pública y los primeros años del desarrollo de la reforma, entre 1982 y 1990: más de 7,2 millones de personas pasan a estar cubiertas por la sanidad pública, y el gasto hospitalario y el farmacéutico crecen, respectivamente, un 70% y un 65% en términos reales más que el de atención primaria².

Se corrige así parcialmente, desde los primeros años de la década de 1990, la histórica infrapresupuestación de nuestra sanidad pública respecto a la Europa desarrollada. Desde entonces, el gasto hospitalario público como porcentaje del producto interior bruto está en el promedio europeo, con un gasto per cápita acorde con nuestra renta. El gasto farmacéutico público alcanza y

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ju.simom@gmail.com (J. Simó).

Puntos clave

- La atención primaria arrastra desde hace tres décadas una insuficiente dotación presupuestaria producto del mantenimiento del *statu quo* de la sanidad pública.
- Un *statu quo* radicado en la multiplicidad de «regímenes» o «subsistemas» de aseguramiento, con diversas formas de provisión y de acceso a las prestaciones sanitarias financiadas públicamente, y en la política sanitaria de estos 30 años que ha conllevado el declive presupuestario de la atención primaria pública y el simultáneo crecimiento del sector ambulatorio privado.
- Contamos con una atención primaria menos «universal» de *facto* que el hospital público, que no es utilizada por las clases sociales con mayor capacidad de influencia («descremado sociológico»), por lo que despierta un paulatino menor interés entre políticos, ciudadanos y profesionales.
- La atención primaria sólo tendrá los mejores niveles posibles de calidad si es efectivamente utilizada por todos los estratos sociales, en especial por aquellos con más capacidad de influir.
- Cabe aumentar el presupuesto de la atención primaria y exigir la existencia de filtro y longitudinalidad (médico de familia-médico personal) cuando la financiación de la provisión sanitaria privada sea pública o asocie ventajas fiscales.

supera también desde entonces estos indicadores. Pero la atención primaria se sitúa, a partir de esos años, en el epicentro de la infra-presupuestación relativa de la sanidad pública española respecto a Europa³.

Aunque las diferencias se reducen mucho respecto a lo ocurrido entre 1972 y 1990, el presupuesto hospitalario sigue creciendo desde 1990 más que el de atención primaria. Así, el reparto de fondos públicos y su crecimiento entre los principales sectores funcionales del gasto sanitario público entre 1995 y 2002 fue muy desfavorable para la atención primaria⁴, situación que se mantuvo cuando nuevos datos oficiales permitieron prolongar el análisis hasta 2006⁵ o hasta 2008⁶. Sin embargo, durante los últimos años se abre una puerta a la esperanza al crecer el presupuesto de atención primaria más que el gasto sanitario público, en consonancia con lo propugnado en el Proyecto AP21^{6,7}.

El gasto sanitario privado español, de los más altos de Europa en el sector ambulatorio y de los más bajos en el sector hospitalario

Nuestro gasto sanitario privado rondaba el 20% del gasto sanitario total durante los años 1980, en la media de los 22 países de la Europa de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE)⁸. Sin embargo, durante la década de 1990 y los primeros años del siglo XXI creció más que el gasto sanitario público, hasta alcanzar el 28,7% del gasto sanitario total en 2006 (4,9 puntos porcentuales más que el promedio europeo)⁹.

Nuestro gasto sanitario privado per cápita en pago directo superó en 1995 la media europea y alcanzó en 2008 los 602 dólares estadounidenses por paridad de poder de compra. Superábamos así incluso a países de mayor renta, como los Países Bajos (233), Francia (273), Reino Unido (347), Alemania (487) e Italia (555)⁹. En especial, el gasto ambulatorio privado ha crecido tanto que se ha convertido, incluso en términos per cápita, en uno de los mayores de Europa, mientras que la parte hospitalaria es de las más bajas¹⁰ (tabla 1).

Según la OCDE⁸ (tabla 1) y la Encuesta de Presupuestos Familiares¹¹ (tabla 2), la mayor parte de la atención sanitaria privada prestada en España es de tipo ambulatorio. Frente al promedio

Tabla 1

Gasto sanitario privado (no incluye el gasto en seguros de salud) per cápita (en dólares estadounidenses por paridad de poder de compra) en atención ambulatoria y hospitalaria. Promedio del periodo 1995-2007. Países europeos de la OCDE. (Fuente: OCDE Health Data 2009)

País	Gasto sanitario privado per cápita	
	Ambulatorio	Hospitalario
Austria	201	199
Bélgica	225	223
República Checa	26	6
Dinamarca	147	67
Finlandia	160	116
Francia	169	60
Alemania	171	142
Grecia	374	75
Hungría	112	39
Islandia	271	12
Irlanda	ND	ND
Italia	180	89
Luxemburgo	111	68
Países Bajos	186	180
Noruega	236	85
Polonia	69	10
Portugal	ND	ND
República Eslovaca	77	29
España	249	65
Suecia	174	18
Suiza	503	650
Reino Unido	ND	ND
Promedio	195	120

ND: no datos.

de los países europeos desarrollados, los españoles gastan cuatro veces más dinero de su bolsillo en atención sanitaria ambulatoria privada que en privada hospitalaria¹⁰ (tabla 1). Esta situación respondería tanto a deficiencias reales como percibidas en la calidad y el contenido de la cobertura de la atención primaria, y especialmente del resto de la parte ambulatoria del sistema. De hecho, los ciudadanos valoran negativamente la atención especializada de los centros que prestan únicamente atención ambulatoria¹², y si pudieran elegirían para este tipo de consultas el sector privado antes que el público en una proporción superior que para las consultas al médico de familia o para el ingreso hospitalario¹³. Pero también respondería a una mayor «universalización» efectiva del sector hospitalario público, que sería utilizado por la mayoría de las clases sociales.

A más renta, más hospital. Y a más envejecimiento, más atención primaria

Disponemos, desde 1995, de datos oficiales del gasto sanitario público desagregado por sectores funcionales y por comunidades autónomas^{14,15}. Para su valoración recordamos que el criterio poblacional ha sido el utilizado para el reparto de fondos públicos sanitarios entre las comunidades autónomas durante las últimas tres décadas, y que a partir de 2002 se incluyó también el

Tabla 2

Desglose del gasto sanitario privado per cápita según la Encuesta de Presupuestos Familiares. Promedio del periodo 1998-2003¹¹

Concepto	Gasto	
	Euros corrientes	Porcentaje
Gasto en medicamentos	50,88	28,8
Gasto en aparatos y material terapéutico	28,77	16,2
Gasto en atención ambulatoria (no dentistas)	21,16	12,0
Gasto en dentistas	33,94	19,2
Gasto en servicios hospitalarios	6,72	3,8
Gasto en seguros de salud	35,45	20,0
Total	176,93	100,0

Tabla 3

Coefficientes de correlación lineal de Pearson entre algunos gastos sanitarios públicos y otras variables de interés (renta y envejecimiento). Promedios de los periodos 1995-2002⁵ y 2002-2008⁷. Comunidades autónomas (n = 17)

	r	PIBpc		P65	
		Periodo 1995-2002	Periodo 2002-2008	Periodo 1995-2002	Periodo 2002-2008
Producto interior bruto per cápita	r			-0,17	-0,15
Gasto sanitario público per cápita	r	0,22	0,12	0,13	0,51 ^a
Gasto hospitalario per cápita	r	0,39	0,52 ^b	0,06	0,15
Gasto en atención primaria per cápita	r	0,06	-0,07	0,37	0,39
Gasto farmacéutico per cápita	r	-0,62 ^b	-0,56 ^b	0,36	0,63 ^b
Gasto en personal per cápita	r	0,11	0,10	0,28	0,41
Gasto en personal hospitalario per cápita	r	0,11	0,18	0,12	0,26
Gasto en personal de atención primaria per cápita	r	-0,09	-0,24	0,44	0,52 ^a
Gasto hospitalario como % del gasto sanitario público	r	0,38	0,60 ^a	-0,06	-0,43
Gasto en atención primaria como % del gasto sanitario público	r	-0,09	-0,17	0,36	0,15
Gasto farmacéutico como % del gasto sanitario público	r	-0,63 ^b	-0,63 ^b	0,18	0,30
Gasto de personal como % del gasto sanitario público	r	0,007	0,06	0,23	0,19

P65: porcentaje de población \geq 65 años; r: coeficiente de correlación lineal de Pearson; p: nivel de significación estadística. Se puede asumir normalidad de las variables (test de Kolmogorov-Smirnov).

^a p < 0,05.

^b p < 0,01.

envejecimiento (porcentaje de población con 65 o más años de edad)¹⁶.

El gasto hospitalario creció, especialmente en el capítulo de personal, mucho más que el de atención primaria entre 1995 y 2002, y la participación de ésta en el gasto sanitario público se redujo mucho más que la de hospital⁵. El «hospitalocentrismo» presupuestario fue más intenso en las comunidades autónomas más ricas, pues en ellas fue mayor el gasto en atención especializada (per cápita y como parte del gasto sanitario público). Las regiones más ricas tuvieron, además, un menor gasto per cápita en medicamentos de receta, y destinaron a este capítulo también una menor parte de su gasto sanitario (tabla 3).

Lo ocurrido entre 1995 y 2002 se repitió entre 2002 y 2008⁷, con la salvedad de que durante este último periodo las diferencias en el crecimiento de los gastos en la atención primaria y en el hospital se redujeron considerablemente, lo que no impidió que el gasto hospitalario per cápita y como parte del sanitario intensificara entre 2002 y 2008 las relevantes correlaciones positivas que mostraban con la renta durante el periodo 1995-2002 (tabla 3), y el envejecimiento no parece ser un factor de confusión, pues hay una correlación muy débil entre renta y envejecimiento en ambos periodos (tabla 3). En contraste, tanto el gasto per cápita en atención primaria como el peso de ésta en el gasto sanitario mantienen, entre 2002 y 2008, correlaciones débiles, pero negativas, con la renta de las regiones (tabla 3). Sin embargo, que el «hospitalocentrismo» presupuestario sea más intenso en las comunidades más ricas no significa que todas ellas hayan privilegiado presupuestariamente su hospital respecto de su atención primaria, ni tampoco que las comunidades menos ricas hayan favorecido presupuestariamente su atención primaria frente a su hospital. La comparación autonómica⁶ muestra que la discriminación presupuestaria negativa de la atención primaria respecto del propio sector hospitalario autonómico ha ocurrido durante todo el periodo 1995-2008 en Asturias, Galicia, Madrid y Murcia, y también en Canarias a partir de 2000 y en Baleares a partir de 2002.

Durante el periodo 2002-2008, el envejecimiento poblacional de las comunidades autónomas se relaciona muy claramente con una mayor inversión en sanidad pública, algo que no ocurría tan claramente entre 1995 y 2002 (tabla 3). Aunque el envejecimiento poblacional no regía como criterio de reparto entre 1995 y 2002¹⁶, algunos gastos se asociaban positivamente con el envejecimiento. Tal es el caso del gasto per cápita en atención primaria, en personal de atención primaria y en farmacia de receta. Todos ellos mostraron, entre 1995 y 2002, correlaciones positivas con el envejecimiento, que se mantienen, y con mayor magnitud, entre 2002 y 2008 (tabla 3).

Por lo tanto, el gasto en atención primaria responde al envejecimiento de la población, mientras que el gasto hospitalario no se correlaciona con el envejecimiento (ni entre 1995 y 2002, cuando el envejecimiento poblacional no regía como criterio explícito de reparto, ni a partir de 2002, cuando sí rige).

Una atención primaria menos «universal» que el hospital

Tenemos un modelo de atención primaria universal en su concepción, pero no en su implantación. Distintos grupos, en general con un nivel cultural, educativo, adquisitivo y de influencia superior a la media, «escapan» de la atención primaria y de la parte ambulatoria pública especializada relacionada con ella. Nos referimos al colectivo perteneciente a las mutualidades de funcionarios públicos y asimilados (empresas colaboradoras¹, asociación de la prensa, parlamento, etc.). También logra el acceso directo al especialista el creciente colectivo con la «doble cobertura», formado por personas con derecho a la asistencia sanitaria pública que prefieren, porque pueden, disfrutar simultáneamente de las ventajas asistenciales, y en muchos casos fiscales, del aseguramiento privado.

Casi nueve millones de españoles contaban, en septiembre de 2010, con un seguro de asistencia sanitaria¹⁷. De ellos, dos millones corresponden a mutualistas, mientras que la inmensa mayor parte de los siete millones restantes conforman el colectivo de la doble cobertura.

En relación con la utilización de los servicios sanitarios, se constata un patrón diferente entre la población que dispone de cobertura sanitaria sólo pública, el colectivo de la doble cobertura y el colectivo de mutualistas. Para los primeros, la probabilidad de visitar al médico general es 2,8 veces mayor que la de visitar al especialista, para los segundos la razón es de 1,4 visitas al médico general por cada visita al especialista, mientras que los mutualistas muestran un patrón «invertido» al visitar un 35% más al médico especialista que al médico general¹⁸; diferencias muy probablemente relacionadas con el modo de pago y la existencia o no de filtro: pago por salario y filtro de la atención primaria pública frente al pago por acto y libre acceso al especialista en el

¹ Las empresas colaboradoras en relación con su propio personal han colaborado en la gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, derivada de enfermedad común y accidente no laboral, hasta la aprobación de la Ley de Presupuestos Generales del Estado de diciembre de 2008, que suprime el apartado 1b y modifica el apartado 5, del artículo 77 del Real Decreto Legislativo 1/1994 de 20 de junio. Por lo tanto, a partir del 1 de enero de 2009 se suprime la colaboración voluntaria en la gestión de asistencia sanitaria e incapacidad temporal derivadas de enfermedad común y accidente no laboral.

mutualismo y en la asistencia mediante seguro privado. En relación con el nivel educativo, de renta y autopercepción de salud, los dos últimos colectivos superan notablemente al primero¹⁸, lo que sugiere un uso inadecuado (a más salud, más consultas al especialista).

Entre 1997 y 2001, la opción por el sector público frente al privado en el colectivo con doble cobertura aumentó un 33% en la visita al especialista y un 49% en el ingreso hospitalario, pero sólo un 10% en la visita al médico general¹⁹, en consonancia con la tesis aquí defendida de una mayor universalización efectiva del sector público hospitalario-especializado que de la atención primaria.

Cuando un servicio como la atención primaria no se utiliza por aquellos sectores con mayor capacidad de influencia sobre la opinión y el poder públicos («descremado sociológico»), lo esperable es que despierte un progresivo menor interés entre los responsables políticos (que le reducen la parte del presupuesto sanitario correspondiente año tras año), entre los ciudadanos (que lo abandonan progresivamente y se procuran asistencia ambulatoria privada) e incluso entre los médicos que podrían desarrollar su labor en el sector (casi medio millar de plazas de médico interno residente [MIR] de medicina de familia quedaron desiertas en las últimas convocatorias).

Se impone entonces el deterioro del sector en términos de inversión presupuestaria, debate intelectual e innovación organizativa, que atenaza su progreso y enlentece su desarrollo. Es revelador que, todavía en 2009, 25 años después de iniciada la reforma, el 4% de los médicos de familia que trabajan en atención primaria no lo hagan bajo el modelo reformado de equipos de atención primaria, sino que todavía lo hacen bajo el modelo tradicional²⁰. En España, la existencia de subsistemas especiales de cobertura sanitaria y de exenciones fiscales a seguros privados produce un impacto negativo en la calidad de la sanidad pública, especialmente de la atención primaria si consideramos el peso del sector ambulatorio dentro del gasto sanitario privado. Al no ser utilizada (caso del colectivo de mutualistas y asimilados) o ser progresivamente menos utilizada (caso del creciente colectivo de la doble cobertura) por los ciudadanos con más nivel educativo y económico, la atención primaria ha entrado en una espiral de deterioro al perder uno de los estímulos permanentes de mejora representado por los ciudadanos más informados, formados, exigentes e influyentes²¹⁻²³.

Sobre el perjuicio que supone para la calidad de los servicios la no atención a colectivos con un nivel cultural, educativo, adquisitivo y de influencia superior a la media, es muy interesante la reflexión de Freire²⁴. Su argumento central es que, en una sanidad pública, la equidad (universalidad efectiva de uso por todos los grupos sociales) es un requisito para la calidad. Equidad y calidad deben ir unidas en un sistema sanitario público con vocación globalmente universal. Sin embargo, nuestra sanidad pública es más universal, de facto, en la atención hospitalaria que en la primaria. De seguir así, habrá que empezar a dar por buena la idea, agazapada tras el burladero de la «crisis del estado de bienestar», de que la atención primaria debe destinarse a quienes, necesiándola, no puedan sufragarla por sí mismos, o no pertenezcan a un colectivo «especial» de empleados públicos, o no trabajen en una empresa «colaboradora», o no pertenezcan a algún colectivo protegido por un «especial» convenio, o no trabajen en una empresa que les financie un seguro de asistencia sanitaria, etc., en un intento de sustituir el principio de universalización por su sucedáneo de «beneficencia ampliada».

Conclusiones y recomendaciones

Necesitamos una atención primaria para todos, «universal» no sólo de derecho sino también de hecho. La atención primaria sólo tendrá los mejores niveles posibles de calidad si no es pasto, como

lo está siendo, del «descremado sociológico» y es efectivamente utilizada por todos los estratos sociales, en especial por aquellos con mayor capacidad para influir. Lo llamativo de los subsistemas de las mutualidades no es su provisión privada (pues privada es la provisión médica ambulatoria en la inmensa mayoría de los sistemas sanitarios del mundo), sino la ausencia de médicos de familia como primer nivel de atención en su estructura asistencial ambulatoria. En la práctica, cabe aumentar el presupuesto de la atención primaria y exigir la existencia del médico de cabecera como filtro cuando la financiación de la provisión sanitaria privada sea pública o asocie ventajas fiscales. El mayor presupuesto de la atención primaria debería conllevar la prestación de una amplia gama de servicios sanitarios necesarios, de calidad que compita con la atención especializada y cercana al paciente. Con ello, la atención primaria sería atrayente (para pacientes y profesionales) y eficiente (para la sociedad).

Contribuciones de autoría

Ambos autores concibieron el artículo, aportaron ideas y contribuyeron a la escritura de los borradores a partir de uno inicial redactado por J. Simó. Ambos revisaron y aprobaron la versión final.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Marco estratégico para la mejora de la atención primaria en España: 2007-2012. Proyecto AP-21. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
2. Simó J. Deuda histórica de financiación de nuestra atención primaria. *El Médico*. 2011;1119:12-9. Disponible en: http://www.elmedicointeractivo.com/revista_el_medico_pdf_DB.php.
3. Simó J, Gervas J, Seguí M, et al. El gasto sanitario en España en comparación con el de la Europa desarrollada, 1985-2001. La atención primaria española, Cenicencia europea. *Aten Primaria*. 2004;34:472-81.
4. Simó J. El gasto sanitario en España, 1995-2002. La atención primaria, Cenicencia del Sistema Nacional de Salud. *Aten Primaria*. 2007;39:127-32.
5. Simó J. Financiación del hospital y de la atención primaria españoles. Periodo 1995-2006. En: Palomo L, coordinador. *Expectativas y realidades en la atención primaria española*. Madrid: Fundación 1º de Mayo y Ediciones GPS; 2010.
6. Simó J. El gasto sanitario público por sectores entre 1995 y 2008, comparación entre comunidades autónomas. *El médico*. 2011;1124:10-9. Disponible en: http://www.elmedicointeractivo.com/el_medico/.
7. Simó J. El gasto sanitario en España, 2002-2008: ¿Empieza el rescate presupuestario de la atención primaria? *Aten Primaria*. doi:10.1016/j.aprim.2011.01.005.
8. Organization for Economic Cooperation and Development: OECD Health data 2003. A comparative analysis of 30 countries. En: CD ROM and User's guide. Paris: OECD-CREDES; 2003.
9. OECD Health Data 2010. Statistics and indicators. Frequently requested Data. A selection of key indicators from OECD health data 2010, June 2010, organised by main themes. Disponible en: http://www.irdes.fr/EcoSante/DownLoad/OECDHealthData_FrequentlyRequestedData.xls.
10. Simó J. El «techo de cristal» de la atención primaria española. *Aten Primaria*. 2009;41:572-7.
11. Encuesta continua de presupuestos familiares. Base 1997. Fichero microdatos anonimizado: códigos del grupo 6 (Salud) y código 12431 (Servicios privados de seguros de enfermedad). Periodo 1998-2003. Madrid: Instituto Nacional de Estadística.
12. Institut d'Estudis de la Salut. Els ciutadans i les professions sanitàries. Cap a un nou contracte social. Barcelona: Institut d'Estudis de la Salut, Generalitat de Catalunya; 2003. Disponible en: <http://perso.wanadoo.es/jsanzporras/documents/libre%20blanc.pdf>.
13. Barómetro Sanitario 2010. Informe. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Disponible en: <http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/docs/BS.2010.Informe.Resultados.pdf>.
14. Ministerio de Sanidad y Consumo. Gasto sanitario territorializado por comunidades autónomas (1988-2005). Serie histórica. Disponible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EGSP2006/Serie.1988.2005.Nuevo.xls>.

15. Cuentas satélite del gasto sanitario público. Tablas estadísticas. Estadística del gasto sanitario público. Principios de devengo (2002-2008). Evolución y clasificaciones por subsectores de gasto. Comunidades autónomas. Disponible en: http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EGSP2008/egsp_gasto_real.xls.
16. Utrilla A, López RM. Financiación y gasto sanitario. Anexo III. Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2003. Observatorio del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. pp. 207-55. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/informeAnualSNS/informe2003.htm>.
17. Investigación Cooperativa entre Entidades Aseguradoras y Fondos de Pensiones (ICEA). Almacén de datos. Salud. Volumen y crecimiento de primas, ingresos derivados de la actividad, asegurados y prestaciones de salud. Disponible en: <http://www.icea.es/es-ES/informaciondelseguro/AlmacenDeDatos/Descargas/Salud/Total%20Salud/Primas,%20asegurados%20y%20prestaciones.103.xls>.
18. Rodríguez M, Stoyanova S. The effect of private health insurance access on the choice of GP/specialists and public/private provider in Spain. *Health Econ*. 2004;13:689-703.
19. Rodríguez M, Stoyanova A. Changes in the demand for private medical insurance following a shift in tax incentives. *Health Econ*. 2008;17:185-202.
20. Ministerio de Sanidad. Sistema de información sanitaria. Portal estadístico del SNS. Sistema de información en atención primaria - SIAP. Disponible en: <http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/siap.htm>.
21. Gervas J. Atención primaria de salud, política sanitaria y exclusión social. En: Arriba A, coordinadora. Políticas y bienes sociales: procesos de vulnerabilidad y exclusión social. Madrid: FOESSA; 2009. pp. 359-80. Disponible en: <http://www.foessa.es/quePensamos/nuestrasPrioridades/index.php?MzI%3D>.
22. Gervas J, Starfield B, Minué S, et al. Algunas causas (y soluciones) de la pérdida de prestigio de la medicina general/de familia. *Contra el descrédito del héroe. Aten Primaria*. 2007;39:615-8.
23. Gervas J, Pérez M. La necesaria atención primaria en España. *Gestión Clínica y Sanitaria*. 2008;10:8-12.
24. Freire Campo JM. La cobertura poblacional del Sistema Nacional de Salud: importancia y retos de la universalización y la equidad en el aseguramiento. En: Repullo Labrador JR, Oteo Ochoa LA, editores. Un nuevo contrato social para un Sistema Nacional de Salud sostenible. Ariel; 2005. p. 61-99.