fml. Revista de Medicina de Familia y Atención Primaria
www.revistafml.es ISSN: 1989-6832

ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN

Universalización de nuestra sanidad pública y origen del déficit de financiación de nuestra atención primaria.

Universalization of our public health and origin of the deficit financing of our primary care.

Juan Simó Miñana

Centro de salud de Ansoáin (Navarra).
Médico de familia. Platafoma 10 minutos.
Correspondencia: Dr. Simó. ju.simom@gmail.com

Citar como: Simó Miñana J. Universalización de nuestra sanidad pública y origen del déficit de financiación de nuestra atención primaria. fml. 2011; 15(2):9p
Disponible en: http://www.revistafml.es/articulo/268/universalizacion-de-nuestra-sanidad-publica-y-origen-del-deficit-de-financiacion-de-nuestra-atencion-primaria/

Recibido el 26/12/2010
Aceptado el 01/08/2011
Publicado el 15/11/2011

Comparte algunos contenidos con el artículo del mismo autor en El Médico Interactivo del 17/3/2011 "Tribuna: Deuda histórica de financiación de nuestra Atención Primaria". Disponible en: http://www.elmedicointeractivo.com/noticias/nacional/102638/tribuna-deuda-historica-de-financiacion-de-nuestra-atencion-primaria . Con permiso de la Dirección de dicha publicación.

Palabras clave (MeSH): Atención primaria de salud, cobertura universal, inversiones en salud, servicios de salud

Resumen
Mediante estudio longitudinal retrospectivo se pretende conocer el origen temporal de la infrapresupuestación relativa de nuestra atención primaria (AP) y su relación con el proceso de universalización de facto de nuestra sanidad pública. Se describe el crecimiento real del gasto sanitario público y sus sectores y su relación con el incremento de población protegida (PP) por periodos significativos desde 1960 hasta 2008. Se detecta una infrapresupuestación relativa de nuestra AP que se inicia en 1967, se intensifica entre 1972 y 1990, y continúa menos intensamente a partir de 1990. Entre 1972 y 1990, la PP pasa de 26,96 millones (78,2% de la población) a 39,45 millones (98,9%, universalización de facto) y la mayoría de los sectores incrementan su presupuesto más que la AP (atención especializada, un 83% más). Entre 1982 y 1990, con los primeros años de reforma de la AP, se culmina la universalización mediante el mayor incremento anual de PP ocurrido desde 1972 hasta 2008 (más de 7,2 millones de personas en 8 años). Durante estos 8 años, la AP es el sector que menos incrementa su presupuesto: el de atención especializada crece un 70% más; el farmacéutico, un 63% más; y el resto de sectores duplican o triplican el crecimiento presupuestario de la AP. Se concluye que existe una deuda histórica de financiación con la AP por una infrapresupuestación relativa muy intensa entre 1972 y 1990; especialmente entre 1982 y 1990, con la culminación del proceso de universalización y primeros años de su reforma.

Keywords (MeSH): Primary heath care, universal coverage, investiments, health services

Abstract
Through retrospective longitudinal study seeks to understand the temporal origin of the relative under-budgeting of our primary care (PC) and its relationship with the de facto process of universalization of our public health. We describe the real growth of public health expenditure and its sectors and its relationship with the increase of the protected population (PP) for significant periods from 1960 to 2008. It detects a relative under-budgeting of our PC that starts in 1967, intensified between 1972 and 1990, and continues with varying intensity since 1990. Between 1972 and 1990, the PP goes from 26.96 million (78.2% of the population) to 39.45 million (98.9%, universal de facto) and most of the sector has increased its budget more than the PC (specialized care, 83% more). Between 1982 and 1990, with the first years of reform of the PC, universalization culminates with the largest annual increase since 1972 occurred PP until 2008 (over 7.2 million people in 8 years). During these 8 years, the PC is the sector that least increases its budget: the specialized care grew 70%, the pharmacist, 63% more, and the other sectors double or triple the growth of the PC budget. We conclude that there is a historical debt financing with the PC by a relative under-budgeting intense between 1972 and 1990, especially between 1982 and 1990, with the culmination of the universalization and early years of its reform.

Artículo de acceso libre bajo una licencia Creative Commons: Uso y distribución no restringidos, nombrando la fuente y sin hacer un uso comercial o modificando la obra.

Introducción

El Sistema Nacional de Salud (SNS) fue creado como universal en 1986 por la Ley General de Sanidad (LGS) que reconoció el derecho a obtener las prestaciones del sistema a todos los españoles y a los extranjeros residentes en España pero explícitamente no generalizó el derecho a su obtención gratuita sino que programó su aplicación paulatina **(1)**. En la práctica, se extendió progresivamente el derecho a la Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social (ASSS) a diversos colectivos hasta un nivel de cobertura que desde 1990 alcanza ya a la práctica totalidad de la población. En lo referente a la cobertura, pues, nuestro SNS sigue siendo superponible actualmente a la ASSS gestionada ahora por los servicios de salud de las comunidades autónomas. Normas legales vigentes, algunas preconstitucionales, vinculan la asistencia sanitaria al reconocimiento de ese derecho por parte de la Seguridad Social (SS) **(2, 3, 4)**. Así, la tarjeta sanitaria europea sólo la emite en España la SS **(5)**. Por otro lado, nuestra atención primaria se sitúa desde los primero años 90 en el epicentro de la infrapresupuestación relativa de la sanidad pública española respecto a Europa **(6)**. El reparto de fondos públicos y su crecimiento entre los principales sectores de la sanidad pública entre 1995 y 2006 fue muy desfavorable para nuestra atención primaria **(7, 8)**. Esta situación parece que empieza corregirse **(9)** tras la aprobación en 2006 por el Consejo Interterritorial del Proyecto AP-21 **(10)** cuya estrategia nº 36 recomienda incrementar los recursos financieros destinados a la atención primaria por encima del incremento de la media de los presupuestos sanitarios públicos. Esta investigación pretende determinar con la mayor precisión que posibilite la información oficial disponible el origen temporal de la infrapresupuestación que afecta a nuestra atención primaria y su relación con este proceso de universalización. Para ello se analizará el crecimiento real del gasto sanitario público y sus sectores durante diversas etapas significativas relacionadas con la aparición de normativa legal que comporte algún hecho relevante relacionado la aparición o reforma del aseguramiento público, con la extensión de la cobertura sanitaria pública o con etapas de significado político atendiendo al partido político en el poder en el gobierno de la nación. También se pretende ofrecer un breve recordatorio histórico de la evolución de la atención sanitaria pública en España desde los primeros años del siglo XX hasta la aparición de la SS en la década de los sesenta del pasado siglo.

Material y método

Se dispone de datos de gasto sanitario público desagregado por sectores funcionales (atención especializada, atención primaria, fármacos de receta, salud pública, etc.) desde 1960 hasta 2008 publicados por el Ministerio de Sanidad **(11, 12)**. Existe información acerca de la población protegida por el Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE) o por la ASSS desde 1944 hasta 1990 publicada en los Anuarios Estadísticos de España del Instituto Nacional de Estadística (INE) cuya fuente es el Instituto Nacional de Previsión (INP) hasta el anuario de 1979 y el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) a partir del anuario de 1980 **(13)**. También proceden del INE los datos del Índice de Precios de Consumo (IPC) **(14)** y los de la población española **(15, 16)**. Las variables expresan el valor para cada año referido y son las siguientes:

1. Población total española.
2. Población protegida.
3. Gasto sanitario público (GSP)
4. Gasto hospitalario-especializada (GHE)
5. Gasto en atención primaria (GAP)
6. Gasto farmacéutico (recetas del SNS) (GFAR)
7. Gasto en salud pública (GSALPU)
8. Gasto en servicios colectivos de salud (GSCS). Incluye los gastos en administración general, investigación y formación (incluida la especializada).
9. Gasto en otras prestaciones sociales (GOPS). Comprende todas las transferencias, en dinero o en especie, proporcionadas a los hogares e instituciones sin fines de lucro por las Administraciones Públicas, mediante asignación personal, con objeto de cubrir necesidades sanitarias (transporte, equipo médico y aparatos terapéuticos y ortoprotésicos). A partir de 1988 se reparten por funciones y sólo figura en este apartado el gasto en transporte, prótesis y aparatos terapéuticos.
10. Gasto de capital (GCAP).
11. Índice de Precios de Consumo (IPC).

Se analiza en este trabajo la totalidad del gasto sanitario público que incluye, además del ocasionado por la asistencia sanitaria transferida a las CC.AA. (actualmente más del 90% del total), el gasto sanitario público de la administración central del Estado, el de las mutualidades de funcionarios, el de las mutualidades de accidentes de trabajo, el de las corporaciones locales y el de las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla. El crecimiento nominal de los gastos se deflacta anualmente atendiendo al IPC del año correspondiente para obtener el crecimiento real. Se considera población protegida desde 1960 a 1990 el número de personas con derecho a la asistencia sanitaria del SOE (desde 1960 a 1968) o de la SS (desde 1968 a 1990). Más allá de 1990, dada la universalización de facto del sistema y a efectos prácticos, se considera población protegida el total de la población española.

Resultados

La **tabla 1** recoge el gasto anual nominal sanitario público, el de sus sectores y el IPC anual desde 1960 hasta 2008. En la **tabla 2** figura, para algunos años de interés, la población total española y la protegida. La **tabla 3** recoge el crecimiento anual real del gasto sanitario público y de sus sectores y el crecimiento de la población protegida (acumulado y anual) en los periodos de interés.

Breve recordatorio histórico

Nuestro SNS se construye tras un largo proceso cuyo punto de partida lo podemos situar en 1908 con la creación del INP. Aunque orientado a las pensiones de retiro para la vejez, misión primordial del Instituto, se le encomiendan a finales de 1919 otro tipo de seguros que, en general, cubren el riesgo de perder las aptitudes para el trabajo **(17)**. En la Conferencia Nacional de Seguros de Enfermedad, Maternidad e Invalidez de 1922 en Barcelona parecía unánime la propuesta inicial de una unidad de los seguros de salud pero durante la misma se evidenciaron pareceres contrapuestos entre los agentes interesados. En 1923 se crea el subsidio de maternidad como paso previo al Seguro de Maternidad que se establece en 1929. El INP preveía la creación posterior de un seguro de enfermedad y su integración con el de maternidad. Sin embargo, no se vuelve a retomar el proyecto de seguro de enfermedad hasta la Segunda República cuya constitución de 1931 reconocía expresamente el derecho de los trabajadores a un seguro de enfermedad. El INP recibe en 1932 la orden de preparar un proyecto de seguro de vejez, invalidez y muerte, y el estudio técnico de la unificación de estos mismos seguros junto con un seguro de enfermedad (del que sólo se había desarrollado el de Maternidad de 1929), así como la coordinación de todos ellos con el Seguro de Accidente de Trabajo de 1932. Se trataba de un proyecto de seguro social cuyo estudio y planificación no produce cambios hasta 1935 cuando una comisión elaboró los trabajos del proyecto y sus conclusiones se recopilaron a principios de 1936. Con el estallido de la guerra civil nunca se puso en marcha. Así, la implantación de un seguro de enfermedad y su integración con el seguro de maternidad no se produce hasta la dictadura franquista **(3, 18, 19, 20)**. Con la introducción del SOE en 1942 aparece el primer seguro de enfermedad en España que se aplica a partir de 1944 y queda a cargo del INP. Hasta entonces la provisión pública de asistencia médica sanitaria individualizada en nuestro país estuvo restringida a las personas pobres o indigentes amparadas por la Beneficencia (del Estado, de las diputaciones provinciales y de los ayuntamientos). El SOE, dirigido a trabajadores de bajos ingresos y a sus dependientes, aseguraba obligatoriamente a todos los "productores económicamente débiles" (salario anual inferior a 9.000 pesetas) que trabajasen por su cuenta o cuenta ajena, a domicilio o en el servicio doméstico. Se aseguraba además a todos los trabajadores manuales aunque sobrepasaran dicho nivel salarial. Los beneficiarios eran los familiares que vivieran con el asegurado y a sus expensas. En las prestaciones sanitarias se incluyeron inicialmente las relativas a la medicina general y farmacia (medicación sin copago dentro de una lista cerrada -el petitorio-). A partir de 1947 se añade la hospitalización quirúrgica y obstétrica pero no la médico-clínica ni la psiquiátrica. La indemnización por enfermedad consistía en un 50% del salario abonado a partir del quinto día hasta un máximo de veintiséis semanas; y en caso de maternidad, el 60% del salario durante un descanso obligatorio de seis semanas tras el parto. El seguro contemplaba también una indemnización por gastos funerarios **(2, 3, 4, 18, 20)**. El SOE estuvo muy lejos de cubrir a toda la población en sus primeros años. En 1944, primer año de su implantación, la cobertura del SOE alcanzaba al 25% de la población española **(18)**, porcentaje que creció lentamente y que a finales de 1950 sólo representaba un 29,24% **(tabla 2)**. Su bajo impacto se debió fundamentalmente a la exclusión de la población agraria que representaba en 1950 casi la mitad de la población activa española **(18)**. También se excluyó a "los productores" dedicados a actividades no manuales cuyo salario superara las 9.000 pesetas, a los funcionarios por tener otro tipo de prestaciones y a los empleados en otras actividades. La financiación del programa era supuestamente tripartita (Estado, trabajadores y empresarios) pero en la práctica se sustentó mayoritariamente sobre las aportaciones de trabajadores y empresarios. Simultáneamente se desarrolló el mutualismo laboral, origen de una cobertura diferenciada para la salud laboral que se consagró años más tarde con la aparición de la Seguridad Social **(2, 3, 4, 18, 20)**. A finales de 1960 la población protegida alcanzó los 13,29 millones de personas (el 43,54% de toda la población) **(tabla 2)**.

Periodo: 1960-1967

En 1963 se publica la Ley sobre Bases de la Seguridad Social (LBSS). En 1966 se aprueba su texto articulado que entra en vigor en 1967. Su principal objetivo es la implantación de un modelo unitario e integrado de protección social, con una base financiera de reparto, gestión pública y participación del Estado en la financiación. Pero a pesar de la intención declarada en la propia norma de aumentar las transferencias del Estado, éstas siguieron siendo escasas **(2, 3, 4, 20, 21)**. Durante esta etapa, que representa los últimos años del SOE, la población protegida aumenta un 34,6% al pasar de 13,29 millones en 1960 a 17,89 millones en 1967, con un incremento anual del 4,9% **(tablas 2 y 3)**. En relación con el crecimiento de los gastos **(tabla 3)** destacan el gasto en salud pública (con un 74% anual, el que más crece de todos) y el gasto de farmacia (un 41,3% anual). El gasto

Tabla 1.- Gasto sanitario público total y por sectores funcionales (en miles de euros corrientes) e índice de precios de consumo (IPC) desde 1960 a 2008.

Año	GSP	GHE	GAP	GFAR	GSALPU	GSCS	GOPS	GCAP	IPC
1960	37.283	15.977	11.190	4.182	203	2.206	558	2.966	
1961	41.190	17.732	12.302	4.632	216	2.526	709	3.074	0,5
1962	54.113	20.832	13.825	6.787	234	3.958	796	7.680	10,1
1963	62.960	25.688	18.173	8.255	487	4.661	900	4.795	5,2
1964	81.857	31.207	24.208	9.835	146	6.048	1.042	9.371	12,8
1965	111.990	37.622	31.082	19.271	151	7.821	1.213	14.830	8,3
1966	143.635	45.285	41.050	30.439	209	9.459	1.829	15.364	5,4
1967	205.436	59.667	65.483	56.617	1.194	7.733	2.345	12.398	6,5
1968	239.425	69.878	71.750	75.062	739	7.997	1.664	12.336	2,6
1969	306.284	90.112	79.457	100.070	1.050	10.282	1.979	23.335	3,7
1970	383.693	109.076	96.352	123.903	1.239	12.681	2.809	37.632	6,3
1971	482.402	147.109	110.687	163.936	1.677	14.995	3.528	40.470	8,5
1972	625.196	194.965	148.705	208.695	2.162	18.700	4.876	47.092	7,3
1973	825.645	267.696	185.987	287.046	2.596	23.668	6.894	51.758	13,4
1974	1.041.006	389.804	231.977	307.327	2.958	32.436	10.491	66.015	17,2
1975	1.373.375	544.079	300.691	370.216	2.777	41.038	13.505	101.068	12,5
1976	1.718.791	802.690	392.985	353.234	3.033	53.326	19.140	94.382	18,4
1977	2.345.521	1.188.905	514.258	441.440	3.330	64.539	25.609	107.440	22,4
1978	2.975.917	1.576.722	626.853	562.039	4.292	77.973	36.084	91.954	14,7
1979	3.465.924	1.877.807	723.375	612.377	5.270	90.930	46.158	110.008	13,6
1980	4.126.312	2.266.830	863.620	693.790	5.512	92.506	50.632	153.422	12,1
1981	4.688.164	2.582.609	984.795	777.250	6.534	108.571	47.830	180.575	12,1
1982	5.569.827	3.059.356	1.127.437	947.830	6.418	119.552	59.009	250.225	11,7
1983	6.900.280	3.979.551	1.370.143	1.076.431	7.712	162.152	88.730	215.561	10,4
1984	7.249.453	4.202.290	1.427.129	1.095.979	11.425	182.237	95.058	235.334	7,4
1985	7.803.050	4.365.504	1.589.963	1.222.123	6.551	220.818	109.643	288.447	6,2
1986	8.719.630	4.810.480	1.773.675	1.297.570	9.051	336.102	171.185	321.567	5,2
1987	9.871.874	5.489.224	1.892.816	1.475.400	10.758	401.147	236.254	366.275	3,8
1988	12.120.646	6.536.889	2.197.954	2.115.526	188.635	403.782	269.232	408.627	5,2
1989	13.817.594	7.632.255	2.294.733	2.288.495	223.435	450.791	308.410	619.474	5,7
1990	16.412.833	9.257.362	2.680.910	2.656.264	243.558	504.447	329.915	740.377	5,5
1991	18.319.707	10.275.083	3.056.985	3.078.883	220.600	559.125	296.751	832.280	4,3
1992	20.697.105	11.727.088	3.441.849	3.548.643	233.814	668.932	347.215	729.564	3,7
1993	22.153.056	12.744.397	3.552.068	3.744.374	262.783	696.193	365.898	787.343	4,0
1994	22.861.673	13.139.534	3.737.315	4.050.315	238.950	736.306	364.776	594.477	3,3
1995	24.124.782	13.475.549	3.939.894	4.555.025	243.004	822.824	380.009	708.476	3,2
1996	25.686.038	14.311.061	4.123.958	5.019.453	277.806	843.535	422.913	687.312	2,6
1997	26.876.527	14.732.527	4.313.271	5.585.245	304.657	744.966	423.377	772.483	1,7
1998	28.615.931	15.531.833	4.531.050	5.998.607	347.270	787.480	467.139	952.552	1,2
1999	30.680.762	16.441.547	4.863.383	6.600.108	409.169	831.693	494.840	1.040.023	2,5
2000	32.672.786	17.366.666	5.125.910	7.109.907	517.386	897.202	537.835	1.117.881	3,6
2001	35.213.233	18.565.874	5.514.926	7.680.635	547.374	964.409	563.877	1.376.138	2,7
2002	38.563.045	20.067.713	5.952.089	8.487.170	571.254	1.274.344	632.157	1.578.320	4,1
2003	42.956.889	22.502.542	6.561.856	9.611.402	491.616	1.373.673	694.624	1.721.175	3,0
2004	46.348.681	24.576.854	7.148.588	10.152.795	572.054	1.320.176	767.875	1.810.339	4,0
2005	50.586.839	27.004.400	7.824.212	10.757.586	630.734	1.486.662	799.382	2.083.862	4,6
2006	55.683.290	30.033.835	8.441.886	11.300.933	752.274	1.644.086	971.365	2.538.910	3,1
2007	60.222.485	32.497.320	9.453.451	11.901.724	835.380	1.839.048	1.074.905	2.620.657	4,9
2008	66.657.760	36.777.837	10.450.030	12.720.630	794.091	1.871.857	1.220.703	2.822.612	2,1

GSP: Gasto sanitario público total; GHE: Gasto hospitalario-especializada; GAP: Gasto en atención primaria; GFAR: Gasto farmacéutico; GSALPU: Gasto en salud pública; GSCS: Gasto en servicios colectivos de salud (GSCS); GOPS: Gasto en otras prestaciones sociales (GOPS); GCAP: Gasto de capital (GCAP); IPC: Índice de Precios de Consumo. La columna GOPS incluye, hasta el año 1987, las transferencias corrientes a hogares e instituciones sin fines de lucro distintas de farmacia. A partir del año 1988 se reparten por funciones y las cifras de esta columna sólo incluyen las que financian gasto en transporte, prótesis y aparatos terapéuticos. La columna GSCS incluye administración general, investigación y formación.

farmacéutico crece un 83% más que el de atención primaria, prácticamente el doble que el gasto sanitario y el triple que el de atención especializada. El gasto en atención especializada crece a un ritmo anual del 13,9% y el de atención primaria a un 22,6%, un 63% más que el de especializada y un 7% más que el gasto sanitario.

Tabla 2.- Población total española y protegida (*) por la asistencia sanitaria del Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE) o de la Seguridad Social (SS).

Año	Población total	Población protegida	Población protegida respecto al total (%)
1950	27.976.755	8.180.636	29,24
1960	30.528.539	13.292.000	43,54
1967	ND	17.892.000	
1970	34.040.989	25.134.000	73,83
1971	34.189.000	26.898.000	78,67
1972	34.497.000	26.962.000	78,16
1973	34.810.000	25.446.000	73,10
1974	35.147.000	27.653.000	78,68
1975	35.515.000	27.499.000	77,43
1976	35.937.000	28.616.000	79,63
1977	36.367.000	29.773.000	81,87
1978	36.777.000	30.302.000	82,39
1979	37.107.000	30.449.955	82,06
1980	37.510.000	31.107.452	82,93
1981	37.683.362	31.647.238	83,98
1982	37.944.000	32.170.421	84,78
1983	38.123.000	33.066.600	86,74
1984	38.280.000	35.876.000	93,72
1985	38.420.000	36.929.900	96,12
1986	38.473.418	36.973.800	96,10
1987	38.725.115	37.348.000	96,44
1988	39.218.820	38.052.000	97,02
1989	39.541.782	38.433.000	97,20
1990	39.887.140	39.452.000	98,91
1996	39.669.394		100,00
2004	43.197.684		100,00
2008	46.157.822		100,00

(*) Se considera población protegida desde 1960 a 1990 el número de personas con derecho a la asistencia sanitaria del SOE (desde 1960 a 1968) o de la SS (desde 1968 a 1990). Más allá de 1990, dada la universalización de facto del sistema, se considera población protegida el total de la población española.
ND: No datos

Periodo: 1967-1972

Con la entrada en vigor de la LBSS en 1967, el SOE se transforma en ASSS. La norma no cambia la estructura organizativa de la asistencia sanitaria pero sí amplía los servicios al incluir la atención especializada médico-clínica y su hospitalización, regular la ortoprótesis y suprimir el petitorio (la lista cerrada de medicamentos). Se introduce también un copago farmacéutico del 10% que no distingue entre activos y pensionistas **(22)**. En 1972 se produce la primera reforma de la SS con la publicación de la Ley de Financiación y Perfeccionamiento de la Acción Protectora del Régimen General de la Seguridad Social (LFP) **(2, 3, 4, 20, 21)**. Durante este periodo la cobertura se incrementa un 50,7% al pasar de 17,89 millones en 1967 a 26,96 millones en 1972, con un crecimiento anual del 10,1% **(tablas 2 y 3)**. Para hacer frente a este incremento de cobertura tan importante, el gasto sanitario crece anualmente un 22,2%, el de atención especializada un 21,9%, el de atención primaria un 19,2%, el gasto farmacéutico un 33,4% y el gasto en salud pública es, nuevamente, el que más aumenta de todos con un 87,3% anual **(tabla 3)**.

Periodo: 1972-1978

La LFP de 1972 elimina definitivamente los topes salariales para acceder al sistema que, además, se habían incrementado considerablemente durante los años previos. Desaparece con ello la exclusiva vinculación del sistema con los asalariados "económicamente débiles" y todos los trabajadores por cuenta ajena tuvieron acceso a la ASSS con independencia de sus niveles retributivos. Al final de este periodo se crean los regímenes especiales de seguridad social para funcionarios (MUFACE, MUGEJU e ISFAS). Los tres persisten actualmente pese a su carácter preconstitucional y proceder dos, MUFACE e ISFAS, de los últimos meses de la dictadura. Tras las primeras elecciones democráticas se crea el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social en julio de 1977 **(2, 3, 4, 20, 21)**. Durante este periodo, situado entre dos reformas de la SS, la población protegida aumenta un 12,4% al pasar de los 26,96 millones en 1972 a los 30,30 en 1978, un incremento muy inferior en términos anuales al del periodo anterior (2,1% vs. 10,1%) lo que condiciona una menor necesidad de incremento del gasto (14,6% vs. 22,2%) **(tablas 2 y 3)**. Respecto al crecimiento de los gastos **(tabla 3)** destaca la gran desaceleración del crecimiento del gasto farmacéutico respecto a los periodos anteriores, aunque el gasto en atención especializada, el de servicios colectivos de salud y el gasto en otras prestaciones sociales superan el crecimiento anual del periodo anterior. Sin embargo, el gasto en atención primaria crece menos que durante el periodo previo y peor le ocurre al presupuesto de salud pública que decrece en términos reales. El gasto en atención especializada es el que más crece

Tabla 3.- Crecimiento anual real* del gasto sanitario público total y de sus sectores y Crecimiento de la población protegida por la sanidad pública en los periodos de interés.

	Crecimiento anual real del GSP y sus sectores (%)								Crecimiento población protegida (%)	
Periodo	**GSP**	**GHE**	**GAP**	**GFAR**	**GSALPU**	**GSCS**	**GOPS**	**GCAP**	**acumulado**	**anual**
1960-67	21,1	13,9	22,6	41,3	74,0	14,6	16,4	29,3	34,6	4,9
1967-72	22,2	21,9	19,2	33,4	87,3	7,5	14,8	19,9	50,7	10,1
1972-78	14,6	25,3	13,0	4,9	-0,2	11,5	24,4	-0,9	12,4	2,1
1978-82	6,1	8,1	4,2	3,9	1,8	0,5	6,4	7,4	6,2	1,5
1982-90	8,3	8,7	5,1	8,4	189,0	12,7	18,3	11,5	22,6	2,8
1990-96	5,6	5,8	5,1	8,1	-0,2	5,7	1,1	-1,1	0,6	0,1
1982-96	6,7	6,9	4,7	8,1	113,0	9,8	11,4	5,5	23,3	1,7
1996-04	4,7	4,1	4,0	6,5	7,7	3,1	5,4	8,4	8,9	1,1
2004-08	5,5	6,6	6,0	2,0	6,7	2,8	8,3	6,9	6,9	1,7
1984-08	5,7	5,5	4,6	6,7	71,1	7,0	7,8	7,8	28,7	1,2

(*) Crecimiento real = crecimiento nominal – Índice de Precios de Consumo
GSP: Gasto sanitario público total; GHE: Gasto hospitalario-especializada; GAP: Gasto en atención primaria; GFAR: Gasto farmacéutico; GSALPU: Gasto en salud pública; GSCS: Gasto en servicios colectivos de salud; GOPS: Gasto en otras prestaciones sociales; GCAP: Gasto de capital.

de todos: cinco veces más que el gasto farmacéutico, casi el doble que el de atención primaria (25,3% vs. 13,0%) y un 73% más que el gasto sanitario **(tabla 3)**. La LFP también intentó sin mucha eficacia corregir los problemas financieros de la SS pues incrementó su acción protectora sin establecer los correspondientes recursos que le dieran cobertura financiera **(21)**. Pero no será hasta 1978 cuando se aborde una gran reforma de la misma.

Periodo: 1978-1982

Con el RD 36/1978 se produce una reforma importante de la SS mediante la que desaparece el INP y se crea el INSALUD como única entidad gestora de la ASSS **(2, 3, 4, 20, 21)**. Durante este periodo, la población protegida aumenta un 6,2% al pasar de los 30,30 millones en 1978 a los 32,17 en 1982, con un incremento anual del 1,5%, el menor de todos los periodos descritos hasta ahora **(tablas 2 y 3)**. Este periodo también es, hasta el momento, el que exhibe el menor crecimiento anual del gasto sanitario (6,1%) **(tabla 3)**. Como en la etapa anterior, el gasto en atención especializada crece anualmente casi el doble que el de atención primaria (8,1% vs. 4,2%) **(tabla 3)**. El gasto sanitario público crece un 46% más que el de atención primaria y éste crece un 9% más que el farmacéutico **(tabla 3)**. El gasto farmacéutico muestra en este periodo uno de sus menores incrementos anuales (sólo creció menos en el periodo 2002-04) **(tabla 3)**, algo probablemente relacionado con el menor incremento de cobertura pero también con los sucesivos copagos del 20%, 30% y 40% introducidos respectivamente los años 1978, 1979 y 1980, aplicados esta vez únicamente al activo y no al pensionista **(22)**. En 1978 se crea la especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria **(23)**, y en 1981 se inicia la descentralización de la sanidad con la transferencia de las competencias sanitarias a Cataluña **(24)**.

Periodo: 1982-1990

En 1982 se inicia la etapa en la que culmina la universalización de facto de nuestro SNS pues el gobierno socialista de entonces adoptó diferentes disposiciones para extender la acción protectora de la SS al máximo de colectivos posibles. A partir de 1990 se considera universalizado de facto nuestro SNS tras la publicación del RD 1088/1989 que dio acceso a las personas inscritas en los padrones de la Beneficencia municipal **(2, 3, 4, 20)**. La población cubierta se incrementa en un 22,6% al pasar de 32,17 millones en 1982 a 39,45 millones en 1990 (el 98,91% del total de la población), con un crecimiento anual del 2,8%, el mayor incremento de población a cargo del SNS desde 1972 hasta 2008 **(tablas 2 y 3)**. Para hacer frente a este incremento de cobertura, el gasto sanitario crece anualmente un 8,3%, el farmacéutico un 8,4%, el gasto en atención primaria un 5,1% y el de atención especializada un 8,7% (un 70% más que el de atención primaria) **(tabla 3)**. El presupuesto de atención primaria también crece menos que el de salud pública, que el de servicios colectivos de salud, y que el de otras prestaciones sociales **(tabla 3)**. Por todo ello, el gasto sanitario público crece durante este periodo un 62% más que el de atención primaria **(tabla 3)**. Durante este periodo son efectivas las transferencias sanitarias a Andalucía (1984), Comunidad Valenciana (1987) y País Vasco (1987) **(24)**.

Periodo: 1990-1996

En este segundo periodo de la etapa socialista, ya con el sistema universalizado de facto, la cobertura apenas crece un 0,1% anual y la atención primaria

reduce diferencias con los otros dos principales sectores, pero todavía crece menos que ellos **(tabla 3)**. El crecimiento del gasto en atención primaria es un 14% inferior al de atención especializada, un 61% inferior al farmacéutico y un 10% inferior al gasto sanitario **(tabla 3)**. El gasto farmacéutico, en contraste con lo ocurrido en el periodo anterior, es el que más crece (un 8,1% anual) de todos los sectores a pesar de que apenas lo hace la población protegida **(tabla 3)**. En este periodo son efectivas las transferencias sanitarias a Navarra (1991), Galicia (1991) y Canarias (1994) **(24)**.

Periodo: 1996-2004

Durante este periodo, bajo gobiernos del PP, la población a cargo del SNS aumenta anualmente un 1,1% **(tabla 3)**. El presupuesto de atención primaria crece anualmente un 4,0% y el de atención especializada un 4,4% (un 2% más que el de atención primaria); y ambos crecen menos que el gasto sanitario público pues nuevamente el gasto farmacéutico crece un 38% más que el gasto sanitario y a un ritmo anual del 6,5% **(tabla 3)**. La salud pública es el sector que más aumenta su presupuesto en este periodo (7,7% anual). En 2002 reciben con efectividad las transferencias sanitarias las 10 comunidades que todavía gestionaba hasta entonces el INSALUD (Asturias, Cantabria, La Rioja, Murcia, Aragón, Castilla-La Mancha, Extremadura, Baleares, Madrid y Castilla y León) **(24)**. Ese mismo año, tras las transferencias, el INSALUD se convierte en una entidad de menor dimensión y pasa a denominarse Instituto Nacional de Gestión Sanitaria que se ocupa de las prestaciones sanitarias en el ámbito territorial de la Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla.

Periodo: 2004-2008

Durante este periodo, nuevamente bajo gobierno del PSOE, la población a cargo del SNS aumenta anualmente un 1,7%; el presupuesto de atención primaria crece un 6,0% y el de atención especializada un 6,6%, un 10% más que el de atención primaria **(tabla 3)**. Es llamativo que el gasto farmacéutico crezca incluso menos que el de atención primaria (tres veces menos); de hecho es el gasto que menos crece de absolutamente todos los sectores, algo que no ha ocurrido en ninguno de los periodos analizados **(tabla 3)**. También durante este periodo se produce un hecho singular: el gasto en atención primaria crece más que el gasto sanitario algo que no ocurría desde los primeros años 60.

Discusión

Desde la perspectiva de la universalización, la construcción del SNS no ha consistido en otra cosa que en la extensión del derecho a la ASSS a la práctica totalidad de los residentes en España mediante múltiples decisiones de ampliación de cobertura en un largo escalonamiento de reformas efectuadas en los últimos 50 años bajo sistemas políticos tan diferentes entre sí como la dictadura franquista, la transición y la democracia parlamentaria. Esta universalización de facto alcanzada en 1990 es uno de los grandes logros de sociedad y la SS españolas, pero al mismo tiempo, y en contra de la creencia ampliamente extendida, hay que señalar que la cobertura sanitaria pública no es todavía un derecho cívico, igual para todos los españoles, ligado a la única condición de ciudadanía o residencia **(25)**.

Los resultados del progresivo incremento de población protegida por la sanidad pública hasta la universalización de facto en 1990 **(tabla 2)** son enteramente superponibles a los obtenidos por Freire **(2, 26)**.

El presupuesto de atención primaria sólo creció más que el de especializada durante el periodo 1960-67 (un 63% más) y en ningún otro periodo ha vuelto a ocurrir esto **(tabla 3)**. Durante el periodo que más se incrementó la población protegida, el de 1967-72, el presupuesto de atención especializada creció un 14% más que el de primaria. Las diferencias se intensifican mucho durante los tres periodos siguientes incluidos entre 1972 y 1990. Durante los 18 años que abarcan estos tres periodos (1972-78, 1978-82 y 1982-90), la población protegida pasa de los 26.96 millones de 1972 (el 78,2 de la población española) a los 39.89 millones de 1990 (el 98,9% de la población), culminando con ello la universalización de facto del sistema **(tabla 2)**. Durante estos 18 años, más de 12,49 millones de personas se suman progresivamente a las ya cubiertas por el sistema y para atender a esta población protegida se incrementa el presupuesto hospitalario casi con el doble de intensidad (un 83% más) que el de atención primaria **(tabla 3)**. Existen obvias diferencias (políticas, económicas y de política sanitaria) entre estos tres periodos. Desde el punto de vista político, el primer periodo (1972-78) incluye los últimos años de la dictadura y los primeros años de la transición a la democracia. El segundo periodo (1978-82) incluye los gobiernos democráticos de la UCD y el tercero (1982-90) los ocho primeros años de los catorce de la primera etapa de gobiernos socialistas (1982-96). También existen diferencias en el contexto económico. Los años sesenta son los del desarrollismo y el crecimiento económico pero a partir de 1973 se notan los efectos de la crisis del petróleo y el PIB español decrece entre 1972 y 1982. Sin embargo, y en su conjunto, el periodo 1982-90 se corresponde con una fase de crecimiento del PIB **(27, 28)**.

Durante el periodo 1972-78, el menor crecimiento del empleo y el consecuente menor incremento de la afiliación a la SS derivará en un menor incremento de la población protegida **(tabla 3)**. A pesar de ello, el presupuesto de atención especializada crece anualmente por encima de cómo lo hizo durante los periodos previos de bonanza económica **(tabla 3)**.

También otros sectores superan entre 1972 y 1978 el crecimiento exhibido durante el periodo anterior, tal es el caso de los servicios colectivos de salud y el de otras prestaciones sociales **(tabla 3)**. Sin embargo, el crecimiento del gasto en atención primaria se reduce respecto de los periodos previos. El gasto en atención especializada, el que más se incrementa en este periodo, crece cinco veces más que el gasto farmacéutico, casi el doble que el de atención primaria (25,3% vs. 13,0%) y un 73% más que el gasto sanitario **(tabla 3)**. Es evidente que entre 1972 y 1978, a pesar de la crisis y de la ralentización del incremento de la cobertura, se hace un esfuerzo presupuestario orientado con mucha mayor intensidad hacia el sector hospitalario.

La crisis económica continúa y se intensifica durante el periodo 1978-82 **(27, 28)** que coincide con los años de gobiernos democráticos de la UCD. En este contexto de profundización de la crisis se produce la reforma de la SS de 1978 que, en función de lo acordado en los Pactos de la Moncloa, crea un sistema de participación institucional de los agentes sociales e intenta favorecer la transparencia y racionalización de la SS. El periodo 1978-82 es, hasta entonces, el de menor incremento anual de cobertura y de gasto sanitario público **(tabla 3)**. Pese a ello, y como acaba de ocurrir durante el periodo 1972-78, el gasto en atención especializada crece anualmente más que cualquier otro sector y, especialmente, casi el doble que el de atención primaria (8,1% vs. 4,2%) **(tabla 3)**. También en este periodo, y a pesar de la profundización de la crisis y la mayor ralentización del incremento de cobertura, se hace un esfuerzo presupuestario orientado con mucha mayor intensidad hacia el sector hospitalario.

Desde la perspectiva de la política sanitaria, y por lo que atañe a nuestra atención primaria, hay una diferencia notable entre el periodo 1982-90 y los dos precedentes: el arranque y primeros años de desarrollo de la reforma de la atención primaria. Entre 1982 y 1990 era explícita la voluntad política de modernizar este sector de la sanidad pública. Sin lugar a dudas, dicha reforma necesitaba tanta voluntad política como recursos para llevarla a cabo. La reforma inicia su andadura en este periodo en un contexto de crecimiento económico mucho más favorable que el de los diez años previos y que, a priori, debería haber facilitado la inyección de recursos para su desarrollo siquiera al mismo nivel que para el resto de sectores. La voluntad política de reforma del sector se plasmó, al menos formalmente, en el RD 137/1984 de Estructuras Básicas de Salud y dos años después se ratificó en la LGS. La voluntad política, si existe, es más probable hacerla realidad si hay estabilidad política, bonanza económica, y menor necesidad de llegar a acuerdos para gobernar. En estos tres aspectos, los 8 primeros años del mandato socialista fueron superiores, sin duda, a los 10 años precedentes. Tan sólo Cataluña, desde 1981, tiene transferidas las competencias sanitarias y su gobierno nacionalista gestiona su sanidad. Excepción hecha de Cataluña, el INSALUD gestiona toda la sanidad pública del país en los primeros años de poder socialista. Andalucía recibe las trasferencias sanitarias en 1984, la Comunidad Valenciana y el País Vasco las reciben en 1987. No obstante, el PSOE acumula al poder sanitario central (Ministerio de Sanidad e INSALUD) el sanitario autonómico de Andalucía y la Comunidad Valenciana, comunidades donde gobierna en solitario en el momento las transferencias y hasta más allá de culminada la universalización de facto del sistema en 1990. Además, el poder sanitario autonómico vasco también está en manos del PSOE, que gobierna en coalición con el PNV durante la tercera legislatura vasca entre 1987 y 1991. Por lo tanto, entre 1982 y 1990, el PSOE pudo decidir la política sanitaria nacional y la inmensa mayor parte de la autonómica transferida, incluida la cuantía del presupuesto sanitario y la de cada uno de sus sectores, sin necesidad de acordar prácticamente nada con nadie. Así, situados en los primeros años del desarrollo de la reforma, y a pesar del favorable contexto económico, la estabilidad política, la amplitud del poder sanitario central y autonómico en manos de un sólo partido y el notable incremento de cobertura, el presupuesto de la atención primaria es, incomprensiblemente, el que menos crece de absolutamente todos los sectores entre 1982 y 1990 **(tabla 3)**. El de atención especializada crece un 70% más que el de primaria y el gasto sanitario un 62% más. Llamativo es el incremento presupuestario en salud pública, muy débil los 10 años precedentes, pero ahora prácticamente duplica anualmente su presupuesto. Los gastos en servicios colectivos de salud (administración general, investigación y formación) y en otras prestaciones sociales (transporte, prótesis, equipo médico y aparatos terapéuticos) duplican o triplican el crecimiento del periodo previo, con un incremento anual comparable al que exhibían en los mejores años del desarrollismo franquista **(tabla 3)**. Estos incrementos traducen, sin ninguna duda, una modernización del sistema pero contrastan con el hecho de que la atención primaria, aquello que explícitamente se quería modernizar, sea precisa e injustamente el sector que menos incrementa su presupuesto. Durante los 14 años de la primera etapa socialista (1982-1996), todos los sectores aumentan más su presupuesto que la atención primaria **(tabla 3)**: el gasto en atención especializada un 47% más, el farmacéutico un 73% más y el gasto sanitario un 43% más. Desde el inicio de la reforma en 1984 hasta 2008, también es la atención primaria el sector que menos aumenta su presupuesto de absolutamente todos **(tabla 3)**.

Respecto a la relación entre este proceso de universalización de facto y el crecimiento de los recursos destinados a cada sector sanitario, es necesario resaltar que todo incremento de población protegida durante todos estos años lo fue tanto para la atención especializada como para la atención primaria. Especialmente los más de 7,2 millones de personas que pasaron a estar cubiertas por el sistema entre 1982 y 1990 (el mayor incremento anual de cobertura desde 1972 a 2008) **(tabla 3)**,

muchas de ellas pertenecientes al colectivo más pobre de la población (más necesitado por ello de atención sanitaria) atendido previamente por la Beneficencia, y con escasos recursos para acceder a otra sanidad que no fuera la atención primaria como puerta de entrada a la sanidad pública. Se esperaría por ello que las diferencias en el crecimiento del presupuesto entre atención primaria y especializada no hubieran sido muy relevantes a lo largo del proceso o, en todo caso, se decantaran a favor de la atención primaria, al menos, durante los primeros años de desarrollo de la reforma. Pero ocurrió exactamente todo lo contrario.

Existe, pues, una deuda histórica de financiación con la atención primaria española que se produce por una notable infrapresupuestación relativa, en el contexto de sucesivas ampliaciones de cobertura de población a cargo de la sanidad pública, que comienza en 1972 y se prolonga durante 18 años hasta 1990. Especialmente incompresible e injustificada, por los motivos comentados, fue la ocurrida entre 1982 y 1990. Esta deuda todavía no se ha saldado pues entre 1990 y 2008, y aunque las diferencias se reducen mucho respecto de lo ocurrido entre 1972 y 1990, el presupuesto hospitalario sigue creciendo más que el de atención primaria. Sin embargo, entre 2004-2008 se abre una puerta a la esperanza al crecer el presupuesto de atención primaria más que el del gasto sanitario público en consonancia con lo propugnado en el Proyecto AP21 **(tabla 3)**.

Bibliografía

1.- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE nº 102, de 29 de abril de 1986, pags. 15207-15224. Disponible en: http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases_datos/doc.php?id=BOE-A-1986-10499

2.- Freire 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 y Oteo Ochoa LA. Un nuevo contrato social para un Sistema Nacional de Salud sostenible. Ariel: 2005. p.61-99.

3.- Sevilla F. La reforma de la Seguridad Social y la atención sanitaria. Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales 2006; Nº Extraordinario, Seguridad Social. Págs. 131-145. Disponible en: http://www.mtin.es/es/publica/pub_electronicas/destacadas/revista/numeros/ExtraSS06/ExtraSS06.pdf

4.- Rodríguez-Vigil Rubio JL. Integración o desmoronamiento. Crisis y alternativas del Sistema Nacional de Salud español. Pamplona: Editorial Aranzadi; 2008.

5.- Tarjeta sanitaria europea. Seguridad Social. Ministerio de Trabajo e Inmigración. Disponible en: http://www.seg-social.es/Internet_1/Trabajadores/PrestacionesPension10935/AsistenciasanitariaDesplazamientosporE11566/TSE2/index.htm

6.- Simó Miñana J. Gérvas Camacho J. Seguí Díaz M. De Pablo González R, Domínguez Velázquez J. El gasto sanitario en España en comparación con el de la Europa desarrollada, 1985-2001. La atención primaria española, Cenicienta europea. Aten Primaria 2004; 34: 472-481.

7.- Simó J. El gasto sanitario en España, 1995-2002. La atención primaria, Cenicienta del Sistema Nacional de Salud. Aten Primaria. 2007; 39: 127-32.

8.- Simó J. Financiación del hospital y de la atención primaria españoles. Periodo 1995-2006. En: Palomo L (Coord.). Expectativas y realidades en la atención primaria española". Madrid: Fundación 1º de Mayo y Ediciones GPS, 2010

9.- Simó J. El gasto sanitario en España, 2002-2008: ¿Empieza el rescate presupuestario de la atención primaria? Aten Primaria (en prensa)

10.- Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España: 2007-2012. Proyecto AP-21. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007.

11.- Cuentas Satélite del Gasto Sanitario Público. Tablas Estadísticas EGSP. Gasto Sanitario Público. Total consolidado. Serie 1960-2003. Clasificación Funcional. Disponible en: http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/serie_60_01_imprenta.xls#'FUNCIONAL'!A1

12.- Cuentas Satélite del Gasto Sanitario Público. Tablas estadísticas. Estadística del gasto sanitario público. Principios de Devengo. (2002-2008). Gasto total consolidado. Clasificación por conceptos de cuenta satélite. Disponible en: http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EGSP2008/egsp_gasto_real.xls

13.- Anuarios Estadísticos de España. Instituto Nacional de Estadística. Fondo documental. Disponibles en: http://www.ine.es/inebaseweb/libros.do?tntp=25687

14.- Instituto Nacional de Estadística. Índice de Precios de Consumo. ¿Cuánto ha variado el IPC desde? Disponible en: http://www.ine.es/varipc/index.do

15.- Instituto Nacional de Estadística. Cifras de población. Series históricas de población. Disponible en: http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t20/e245/p05&file=inebase

16.- Instituto Nacional de Estadística. Contabilidad Nacional de España Base 86. Series de población. Disponible en: http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?type=pcaxis&path=/t35/p008/cne/ba86/l0/&file=cne6199.px

17.- Qué es el Instituto Nacional de Previsión. Madrid 1923. Imprenta particular del Instituto Nacional de Previsión. Disponible en: http://fama2.us.es/fde/ocr/2007/institutoNacionalDePrevisionQueEs.pdf

18.- Pons J. Los inicios del seguro social de salud en España, 1923-1949. Del Seguro de Maternidad al Seguro Obligatorio de Enfermedad. XVI Encuentro de Economía Pública, 5 y 6 de febrero de 2009, Granada. ISBN 978-84-691-8950-4. Disponible en: http://dialnet.unirioja.es/servlet/fichero_articulo?codigo=2942283&orden=0

19.- Samaniego M. Hacia la unificación de los seguros sociales: el intento integrador de la II República. Revista Studia Historica. Historia Contemporánea 1984; 2: 103-121. Disponible en: http://campus.usal.es/~revistas_trabajo/index.php/0213-2087/article/viewFile/5697/5732

20.- Guillén AM. Un siglo de previsión social en España. Revista Ayer 1997; 25: 151-178. Disponible en: http://www.ahistcon.org/docs/ayer/ayer25_07.pdf

21.- Historia de la Seguridad Social. Ministerio de Trabajo e Inmigración. Disponible en: http://www.seg-social.es/Internet_1/LaSeguridadSocial/HistoriadelaSegurid47711/index.htm

22.- Puig Junoy J. Gasto farmacéutico en España: Efectos de la participación del usuario en el coste, Investigaciones Económicas. 1988; 12: 45-68. Disponible en: http://www.econ.upf.edu/~puiq/publicacions/publica.html

23.- Real Decreto 3303/1978, de 29 de diciembre, de regulación de la medicina de familia y comunitaria como especialidad de la profesión médica. BOE número 29 de 2/2/1979, págs 2735 y 2736. Disponible en: http://www.boe.es/boe/dias/1979/02/02/pdfs/A02735-02736.pdf

24.- SNS. Sistema nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General Técnica. 2006. Disponible en: http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/LIBRO-BAJA.PDF

25.- Freire JM. Los sistemas de aseguramiento sanitario de riesgos de enfermedad en España. Derecho y Salud. 2007; 15 (Extr.): 41-59.

26.- Freire JM. Cobertura sanitaria y equidad en España. I Simposio sobre igualdad y distribución de la renta y la riqueza. Volumen VIII: El impacto de las políticas sociales: educación, salud y vivienda, pags. 113-138. Madrid: Fundación Argentaria; 1993.

27.- Fuentes Quintana E. De los Pactos de La Moncloa a la entrada en la Comunidad Económica Europea. Información Comercial Española. Revista de Economía. 2005; 826: 39-71. Disponible en: http://www.revistasice.com/cmsrevistasICE/pdfs/ICE_826_39-71__4D8E03AA3ECC59D17715904D6EFBACF5.pdf

28.- Ariño MA. Salvador M. Estudio de la evolución del PIB en España y de sus componentes de oferta y demanda. Documento de investigación nº 365. División de investigación. IESE. Universidad de Navarra. 1998. Disponible en: http://www.iese.edu/research/pdfs/DI-0365.pdf