

## **La Atención Primaria entre el continuismo y las reformas**

Luis Palomo Cobos. Centro de Salud “Zona Centro”, Cáceres

La Atención Primaria (AP) nunca lo ha tenido fácil. La historia de la Atención Primaria es la historia de una tensión permanente. Tensión que soportan tanto la organización asistencial como las características del ejercicio profesional, con distintas intensidades y repercusiones.

Pronto hará 50 años de la declaración de Alma-Ata de 1978 que impulsó la visión comunitaria de la AP de salud. Desde sus inicios aquella declaración fue interpretada con desconfianza por muchos países y por los sectores más neoliberales. La AP de salud se interpretó erróneamente como la prestación de una mala atención a los pobres. También se consideró que se centraba exclusivamente en el primer nivel de atención. Algunos la calificaron de utópica, y otros pensaron que era una amenaza para el cuerpo médico.

Sin embargo, los resultados contradicen aquellas objeciones. Los países Europeos con una AP fuerte, según el Instituto neerlandés NIVEL, tienen una población más sana. Una AP fuerte está asociada con una mejor salud de la población, mejor salud autopercibida y menos hospitalizaciones innecesarias. Las personas que sufren enfermedades crónicas que pueden en gran parte ser tratadas en AP (por ejemplo, enfermedad cardíaca isquémica, enfermedad cerebrovascular y asma) pierden menos años de su esperanza de vida total.

A pesar de los buenos resultados de la AP, los sistemas de salud son injustos, inconexos, ineficientes y menos eficaces de lo que podrían ser porque la mercantilización de la asistencia sanitaria, la medicalización de la vida cotidiana y el poder de la tecnoestructura asistencial propiciada por el sistema capitalista van ganando la partida. Por eso es necesario seguir apostando por la cobertura universal, por facilitar el acceso a las personas mediante servicios integrados en la comunidad, por promover la “salud en todas las políticas” y en todos los gobiernos y por un liderazgo fuerte de los responsables de la salud para garantizar que los grupos vulnerables tengan una plataforma donde expresar sus necesidades y donde se preste atención a estas peticiones.

Hay muchos ejemplos del poder de penetración en la política sanitaria de los poderes económicos, así como de su capacidad de inducción al consumo hasta el punto de torcer las decisiones políticas y, lo que es más inmediato, condicionar a peor la práctica clínica. Allá por los años 80 del siglo pasado la OMS promovió una lista de medicamentos esenciales. Eran unos 200 medicamentos que algunos aceptamos como válidos para realizar una atención médica cuasi suficiente y que, puede que fueran una simplificación, pero desde luego era una relación mucho más útil que las miles de marcas comerciales que se ofrecían en el vademécum. Como era de esperar, enseguida arreciaron las críticas. De las industrias farmacéuticas, porque consideraban el listado un atraso, que eran recomendaciones para países pobres, un retroceso en la valoración de la farmacopea y una amenaza a la investigación. A las asociaciones profesionales y a los colegios de médicos les parecía un ataque a la libertad de prescripción, libertad más supuesta que real, como todos sabemos.

La introducción de tímidas medidas de gestión en los años 90, la denominada cartera de servicios, normas técnicas mínimas y criterios de evaluación, basados en actividad asistencial y no en resultados, así como de algunos incentivos (al ahorro

farmacéutico), promovieron una cultura mercantilista con nefastos resultados en cuanto a incentivación profesional, porque produjeron la paradoja inasumible en cualquier organización de discriminar entre trabajadores, ya que mientras a los de AP se les premiaba por no hacer: no prescribir, no derivar, no pedir pruebas, no dar bajas; a los profesionales de hospital se les premiaba por hacer: muchos ingresos, mucha cirugía, mucha innovación, muchas altas, usar alta tecnología y medicinas caras, realizar trasplantes, etc.

La medicalización de la sociedad condiciona la práctica profesional y está plagada de ejemplos: cuando apareció el omeprazol su indicación fundamental era el síndrome de Zollinger Ellison, ahora el omeprazol y los demás IBP están en el condimento de todas las comidas y para todos los trastornos digestivos. El famoso ozempic y otros similares, indicados para pacientes diabéticos obesos que además toman otros dos antidiabéticos, ahora se consumen para adelgazar de manera discrecional pese a su precio, provocando problemas de abastecimiento a quienes realmente lo necesitan. Los medicamentos antipsicóticos están causando una epidemia de pacientes psiquiátricos obesos; los medicamentos antiparkinsonianos causan ludopatías o lujuria; las condiciones biológicas, como la menopausia, son objeto de debate parlamentario; se confunde bienestar con salud de forma que cada vez se reclama al sistema sanitario más prestaciones relacionadas con la “medicina de la banalidad”, que diría el Dr Cavadas, etc... Le irá mal a la salud de la población y a la sostenibilidad del sistema sanitario si convertimos los caprichos de los ricos en la necesidades de los pobres.

A pesar de esta deriva medicalizadora y de la ofensiva neoliberal, privatizadora y desreguladora desatada en el mundo por las políticas de Reagan y Thatcher y los organismos económicos internacionales a primeros de los años 80 del pasado siglo (BM, OIC, etc...), en España las estrategias sanitarias de distintos colores políticos apostaron decididamente por la extensión de la reforma de la AP y por su modelo estructural de centro de salud y funcional de Equipo de Atención Primaria (EAP); estrategias que se mantuvieron a pesar de las alternancias políticas y de los distintos ritmos de las transferencias autonómicas.

La reforma de la AP española iniciada en 1984 fue una reforma del sistema sanitario público, no una revolución, pues aprovechó la estructura y organización previa para introducir los cambios que pedía la sociedad de los años ochenta. Se mantuvieron los pilares básicos previos, como el cupo de pacientes y la función de filtro del médico general.

Con errores y deficiencias bien conocidos y agravados después de la pandemia por coronavirus, lo cierto es que la trayectoria de la AP española a lo largo de los últimos cuarenta y cinco años acumula más logros que decepciones. Hoy por hoy no hay una alternativa organizativa al modelo centro de salud-equipo de atención primaria.

## **Diferentes organizaciones y reformas**

Comparar sistemas sanitarios es un esfuerzo con una utilidad limitada dada la diferencia de contextos, de forma que, entre los países de nuestro entorno (UE de 17 países), no se puede determinar cuál es el mejor sistema sanitario, en parte, también, por los diferentes métodos de recogida de los indicadores sanitarios analizados. En algunos de ellos, tanto con sistemas de salud basados en la seguridad social (Francia, Alemania),

como basados en impuestos generales (Dinamarca, España, Italia, Inglaterra), se observan tendencias comunes en su AP, por ejemplo: 1/ otorgar a los médicos de AP función de “puerta de entrada” allí donde no la tienen; 2/ intervenir en el control del gasto sanitario mejorando la AP; 3/ combinar capitación y salario en el pago a los médicos; 4/ favorecer la tendencia de los médicos a asociarse; 5/ tender a la cobertura universal, y 6/ reducir las camas de hospitalización de agudos.

Donde se han evaluado más las reformas introducidas en AP ha sido en Reino Unido. En resumen: Tanto los médicos con presupuesto cerrado (*fundholding*) como los *clinical commissioning group*, compradores de servicios de salud desde 2013, han introducido mayor complejidad en los regímenes económicos, en los mecanismos de rendición de cuentas y opacidad en los mecanismos sancionadores. Además, las reformas han tratado de contener los costes y mejorar la calidad, logrando así aumentos de eficiencia, mientras que la equidad no se ha priorizado. Digamos que mejora la calidad aparente, pero no los resultados en salud.

Las reformas de la AP que se han emprendido en otros países con cierto éxito (mejoras en la accesibilidad de la población, mejores resultados en salud, contención de costes, mayor satisfacción poblacional), apuntan a modelos con más capacidad de autogestión, con acuerdos transparentes con la administración, mucha atención a criterios de calidad, reevaluación periódica y participación profesional y ciudadana.

Dos ejemplos de reformas nos los proporcionan Portugal (Unidades de Salud Familiar, USF, y agrupaciones de centros de salud, o ACES) y Nueva Zelanda. En Canterbury (Nueva Zelanda), los programas de salud en AP se basan en presupuestos por objetivos, en la inversión sostenida en la capacitación del personal para ayudarlos a innovar y en darles permiso para hacerlo, y en desarrollar nuevos modelos de trabajo integrado y nuevas formas de contratación para apoyarlo.

Como resultado de los cambios, el sistema de salud de Canterbury está apoyando a más personas en sus hogares y comunidades y ha moderado la demanda de atención hospitalaria, particularmente entre las personas mayores. En comparación con el resto de Nueva Zelanda, Canterbury tiene tasas de ingreso hospitalario por causas agudas más bajas y menores tasas de readmisión aguda; una duración promedio de hospitalización más corta; menor asistencia al servicio de urgencias; mayor gasto en servicios basados en la comunidad y menor gasto en atención hospitalaria de urgencias. La mejora de la interfaz entre la AP y hospitalaria ha conducido a derivaciones de mejor calidad, reducciones en los tiempos de espera y reducción del gasto en pruebas de imagen.

En España algunas iniciativas como los EBA en Cataluña muestran que en zonas socioeconómicas similares, la evaluación de los servicios sanitarios prestados por EAP organizados según fórmulas de gestión diferenciadas no permite identificar diferencias relevantes, y las variaciones observadas parecen relacionarse con las características de la población, por su patrón de uso de los servicios públicos o por otros condicionantes externos.

En Euskadi, el fomento de la cultura de gestión clínica induce mejores resultados clínicos y económicos, los instrumentos contractuales comienzan a admitirse por el personal asistencial y sus potencialidades pueden mejorar el uso de recursos sanitarios.

Ha habido otras propuestas de innovación organizativa sanitaria, también respecto a la forma de pago y a los incentivos; a la coordinación con el hospital; sobre la diversificación de proveedores y la autogestión de los equipos; sobre el pago por resultados; sobre la potenciación de la atención domiciliaria; sobre el desarrollar de los

sistemas de información sanitaria (SIS); el mercado tiene estrategias reformadoras y, finalmente, hay reformas propuestas en la microgestión de la AP.

Una reforma no menor ha sido provocada por el cierre de centros durante la pandemia covid-19, promoviéndose las consultas telefónicas y telemáticas, consultas que aún perduran, en ocasiones siendo mayoritarias en las agendas, a veces propiciadas por los propios profesionales, que se sienten más cómodos con estas consultas que con las presenciales. Si bien esta modalidad de intercambio puede tener utilidad para cuestiones administrativas, existe el riesgo de perder el contacto físico con los pacientes, hasta hacerlos irreconocibles físicamente, y hasta convertir la medicina de la presencia en medicina de la apariencia, con los riesgos para la seguridad de los pacientes que ello conlleva.

La AP como organización sigue siendo necesaria, con sus fuertes atributos, principalmente el valor de la longitudinalidad<sup>1</sup>, y porque invertir en AP sale a cuenta<sup>2</sup>. El otro aspecto a considerar es el relativo al funcionamiento de los equipos de AP y a los roles profesionales y, sobre todo, al cambio de rol que imponen los tiempos y los acontecimientos, como lo que acabamos de señalar respecto al cambio de práctica clínica causado por la pandemia por coronavirus. Sería deseable una reflexión profesional, de las entidades profesionales organizadas, como Colegios profesionales, Sociedades Científicas, sindicatos, etc..., y de la propia sociedad civil, sobre cómo debe funcionar la AP, que servicios debe ofrecer y cómo, qué condiciones deben prosperar en la organización para que sus actores se consideren profesionales afortunados, y no frustrados, como parece que está ocurriendo; que está pasando para que los jóvenes MIR prefieran urgencias u otras salidas distintas a la consulta cotidiana en AP; hasta qué punto los jóvenes rechazan el nivel de compromiso con los pacientes que exige una relación continuada en el tiempo y prefieren la inmediatez de la urgencia y el distanciamiento acabada la guardia y disfrutar del tiempo libre.

El modelo de organización de la AP no se cuestiona desde las sociedades profesionales, las quejas se refieren a mejoras en las condiciones de trabajo (reducir burocracia, aumentar tiempo de consultas, disminuir presión asistencial). Desde las sociedades científico-profesionales no se ha estimulado la práctica de la epidemiología clínica para poder respaldar las iniciativas en resultados en salud comprobables y no solo en mediciones de carga asistencial, porque no se compara la actividad según complejidad, estructura poblacional u otras variables, ni los resultados en morbilidad, ni en mortalidad evitable, ni hospitalizaciones evitables, ni en ASCG, etc..

Por parte de la política sanitaria, persisten vicios históricos como una gestión insuficiente, políticamente sesgada, no técnica, no construida en base a información objetiva; no hay sistemas de información sobre resultados en salud, ni comparación por actividad-resultados, etc... porque no se invierte suficientemente en analistas, y la poca información que se genera (gasto farmacéutico) no se devuelve y/o no se discute con los prescriptores, ni en AP y menos aun en el hospital.

---

<sup>1</sup> DOI: <https://doi.org/10.3399/BJGP.2021.0340>

<sup>2</sup> DOI: <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12536>

## Necesidad de reformas normativas

En España, en los últimos años no ha habido propuestas de mejora dignas de tal nombre, al menos con carácter general. Ni institucionalmente, ni corporativamente, ni profesionalmente ha habido iniciativas que impliquen una modificación de la estructura y del funcionamiento de los centros de salud (las EBA's no tienen nuevas incorporaciones), aunque ahora en Cataluña se promueve una red de unos 30 centros de Salud denominados CSIR (Centros de Salud Integral de Referencia) con mayor autonomía y se prevé extender el modelo CSIR más adelante. Se visualizan iniciativas aisladas en el ámbito de la filosofía de la AP, como por ejemplo los denominados seminarios de innovación en AP promovidos por Juan Gérvas y Mercedes Pérez-Fernández; numerosos blogs personales o surgidos al hilo de acontecimientos (gripeycalma, lacabecera, etc.); las aplicaciones relacionadas con la estrategia de crónicos y con el estratificado de los enfermos según complejidad; los Foros de Atención Primaria, y movimientos como "choosing wisely", basados en la medicina reflexiva y en la necesidad de realizar una crítica inteligente sobre la naturaleza y los roles de los médicos y de los pacientes que interaccionan en las consultas de AP; su manejo del sufrimiento y la excesiva presión que ejercen sobre ellos la tecnoestructura sanitaria, la medicalización, la expropiación de la salud y la iatrogenia cultural. Para este movimiento, es necesario apoyar prácticas que permitan a pacientes y a médicos recuperar el dominio de sus vidas y el sentido de sí mismos.

Pero las reformas, para asentarse deben basarse en cambios normativos como los que se proponen en el informe que dirigió J. Rey del Castillo para la Fundación Alternativas para favorecer las mejoras en la gestión y en la eficiencia de la AP en España:

1. En el ámbito de la AP, abrir legalmente la posibilidad de constituir por las CCAA formas de organización autónoma de los centros de salud en el ámbito público, excluyendo formas de gestión de naturaleza privada, y restringido a entidades de base asociativa de personal sanitario, excluyendo de manera expresa la posibilidad de encomendar la gestión a entidades privadas con finalidad lucrativa.
2. Fijar el carácter voluntario de esas nuevas experiencias de gestión autónoma y la posibilidad de acogerse a la libre elección por la población de su atención por los centros gestionados así, en tanto se puedan valorar los resultados de su gestión, y plantear, en su caso, y de resultados de esas evaluaciones, la generalización de esas formas de gestión de la AP. Es preciso añadir que con las cautelas suficientes para evitar incurrir en inequidades, en el acceso, en la calidad de la atención o en el consumo de recursos.
3. Especificar en la norma correspondiente las áreas de actuación en las que cabría plantear la autonomía de gestión de los centros de salud, sea en el ámbito público o por entidades de base asociativa, e incluir entre ellas: la gestión del personal; la organización horaria del funcionamiento de los centros, que pudiera adaptarse a las características peculiares de su zona de influencia; la ampliación, con medios propios y dotación presupuestaria al efecto, de los ámbitos de actuación de cada centro, de manera que pudieran contribuir a evitar la necesidad de derivar los pacientes con diferentes patologías al nivel de atención especializada; la gestión de

las urgencias de la población que tuviera concertada la atención con los centros autónomos; el desarrollo de la enfermería como instrumento de prestación de servicios en la comunidad a domicilio<sup>3</sup>. Por el contrario, excluir de las posibilidades de gestión autónoma la prestación farmacéutica de la población adscrita a los centros. Porque podrían establecerse incentivos económicos para el personal que gestionase de manera autónoma esta prestación; podrían generarse inequidades en la población y aumentaría la susceptibilidad a la capacidad de influencia de la industria farmacéutica.

4. Establecer con carácter general un límite económico para los incentivos que se puedan establecer para constituir formas autónomas de gestión de los centros de salud, especificando que la adscripción a las mismas no podrá suponer aumento de presupuesto ni de gasto por parte de los centros de salud que se acojan a esas nuevas fórmulas de gestión.
5. Elaborar una regulación general y básica de la “gestión clínica” que permita a los centros estructurarse, en su caso, como unidades de gestión y/o áreas clínicas, modificar la organización actual por servicios, y transformar el modelo gerencial de carácter jerárquico vertical en vigor en un modelo horizontal y participativo. En todo caso, la norma debe prever el mantenimiento de los centros sanitarios como únicas entidades con capacidad de disponer de entidad jurídica propia, de manera que eso permita el mantenimiento integrado de los centros del SNS.

Realmente la mayor parte de las iniciativas de mejora en la AP, de incremento de la autonomía de los equipos, de introducción de cambios funcionales y/o de microgestión obedecen a iniciativas minoritarias, limitadas en el tiempo, por estar muy ligadas a actuaciones de profesionales a nivel individual. En términos generales, se puede decir que sin un respaldo legal y laboral será difícil que los cambios que se inicien superen ese nivel de voluntarismo. En el fondo se trata de no tener miedo a abrir el debate sobre las posibilidades de flexibilizar el modelo organizativo y funcional de unos centros de salud imperturbables desde hace cuarenta años y con evidentes signos de cansancio en los profesionales. Ahora bien: ¿los profesionales actuales están dispuestos a asumir riesgos organizativos y/o financieros?, o, a pesar del cansancio, prefieren seguir instalados en sus zonas de confort.

Aunque se conocen distintas fórmulas organizativas en AP, cuyo análisis comparado no es el objeto de este texto, creemos que es la propia diversificación, más que las características de un determinado modelo, el estímulo de la mejora. En suma, la ausencia de una situación monopolística en la provisión y la existencia de un cierto grado de competición entre modelos y “empresas” servirían para estimular la mejora global de la AP.

La AP tendrá futuro si gana en prestigio y en eficiencia social, aunque también debe mejorar en términos de eficiencia económica. Ya sabemos que la AP española es pro-pobre, que ha servido para atenuar las desigualdades sociales, pero aun puede ganar en eficiencia comparativa respecto a los países de nuestro entorno.

---

<sup>3</sup> La atención domiciliaria es la actividad que mejor representa los atributos esenciales (longitudinalidad, integralidad, continuidad, coordinación) de la atención primaria y la que más se resiente cuando estos atributos no impregnan la actividad realizada por los equipos de atención primaria o cuando se aplican políticas de recortes (Corrales-Nevado D, Palomo-Cobos L. La importancia de la longitudinalidad, integralidad, coordinación y continuidad de los cuidados domiciliarios efectuados por enfermería. *Enferm Clin.* 2014; 24(1): 51-8.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.08.006>

En el presente hay que sumar dos cautelas a las reformas que se proponen porque pueden derivar recursos asistenciales de los pobres a los ricos, de los enfermos a los sanos, de lo rural a lo urbano, etc... Son por un lado el exceso de medidas que tienden a cuantificar económicamente el desempeño de la AP y que tienen su raíz en iniciativas propuestas en EEUU, como el denominado PCF (Primary Care First payment), que monetariza en exceso el ejercicio de la AP en Medicare. Mediante el pago prospectivo y los incentivos por rendimiento se acaba ignorando la baja inversión en AP y el peligro de los incentivos basados en reducir la utilización, ambos, factores de inequidad<sup>4</sup>.

Por otro lado, la imposición de intervenciones preventivas para quienes están bien ha desviado la atención de las necesidades mucho más urgentes de quienes están enfermos y sufren. La atención primaria ha comenzado a asustar a los sanos y a descuidar a los enfermos. Como señala Iona Heath: ¡No es de extrañar que los profesionales de atención primaria se sientan moralmente comprometidos!. Esta expansión del territorio médico -sin un beneficio proporcional o una expansión imposible del tiempo- es un importante contribuyente a la crisis de la atención primaria en muchos países de altos ingresos. Para salvar la atención primaria del colapso, el entusiasmo por los servicios preventivos clínicos, mínimamente beneficiosos, en poblaciones asintomáticas de bajo riesgo, debe frenarse y la responsabilidad de la prevención primaria de enfermedades debe devolverse o reasignarse a la salud pública<sup>5</sup>.

## **Algunas recomendaciones sobre la AP actual**

Un repaso por los datos oficiales sobre financiación, recursos humanos y dotacionales de la AP, actividad asistencial, gasto farmacéutico y opinión de los usuarios, entre otros muchos datos<sup>6</sup>, así como por evaluaciones internacionales<sup>7</sup>, permiten aventurar las siguientes recomendaciones:

- Aumentar el presupuesto destinado a AP (25 % )
- Mejorar la distribución de profesionales (promover una AP más atractiva)
- Disminuir presión asistencial
- Garantizar accesibilidad (el 95 % de la demanda debe atenderse antes de 48 h)
- Incrementar las consultas presenciales
- Darle a AP más capacidad de resolución
- Reducir el gasto farmacéutico y el uso excesivo de procedimientos inadecuados e ineficaces
- La AP debe asumir el control asistencial y la coordinación con hospitales y centros sociosanitarios,

Y reflexiones finales:

- La AP y sus profesionales cuentan con el reconocimiento de la ciudadanía

---

<sup>4</sup> <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1906593>

<sup>5</sup> [https://fadsp.es/wp-content/uploads/2025/04/SALUD2000\\_166\\_4.Entrevista-Iona-Heath.pdf](https://fadsp.es/wp-content/uploads/2025/04/SALUD2000_166_4.Entrevista-Iona-Heath.pdf)

<sup>6</sup> [https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2023/INFORME\\_ANUAL\\_2023.pdf](https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2023/INFORME_ANUAL_2023.pdf)

<sup>7</sup> Health Systems in Transition, vol. 26, Spain.  
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/378543/9789289059695-eng.pdf?sequence=1>

- El modelo de AP no se ha agotado, pero necesita un impulso. Se ha agotado la energía de las primeras promociones de profesionales que la iniciaron y de los gestores; el impulso debe ser esencialmente financiero y de recursos
- Los profesionales deben asumir riesgos organizativos (autonomía de gestión) y asistenciales para incrementar el prestigio ganado

## **Bibliografía General**

La Atención Primaria española: Situación actual y perspectivas cuarenta años después de Alma-Ata: <https://fundacionalternativas.org/wp-content/uploads/2022/07/50a207f8de958230ee99c3056f3fb811.pdf>

<https://fundacionalternativas.org/publicaciones/analisis-y-propuestas-para-la-regeneracion-de-la-sanidad-publica-en-espana/>

<https://diarisanitat.cat/el-collapse-de-latencio-primaria-i-la-carrega-de-la-prevencio/>

<https://www.20minutos.es/noticia/5693044/0/unos-30-cap-cataluna-probaran-nuevo-modelo-sanitario-partir-primavera-se-busca-atender-un-maximo-48-horas/>

<https://www.redaccionmedica.com/autonomias/cataluna/cataluna-reinventa-sus-centros-de-salud-con-mayor-autonomia-economica-e-ia-4849>

<https://sespas.es/2023/09/19/sespas-publica-el-ecosistema-de-la-atencion-primaria-una-propuesta-de-reflexion-y-orientacion-para-su-actualizacion/>

La reforma de la atención primaria, entre el refugio del pasado y la aventura de la innovación. Informe SESPAS 2012:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911111002470>

Veinte años de la reforma de la Atención Primaria.

<https://books.google.es/books?id=J6eZDtnalkcC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>

[https://www.sanidad.gob.es/areas/atencionPrimaria/campanaImpulso/laPrimariaEnDatos/docs/Informe de evaluacion sobre el impacto de la Primera Reforma del Componente 18 del Plan de Recuperacion, Transformacion y Resiliencia en el Sistema Nacional de Salud.pdf](https://www.sanidad.gob.es/areas/atencionPrimaria/campanaImpulso/laPrimariaEnDatos/docs/Informe%20de%20evaluacion%20sobre%20el%20impacto%20de%20la%20Primera%20Reforma%20del%20Componente%2018%20del%20Plan%20de%20Recuperacion,%20Transformacion%20y%20Resiliencia%20en%20el%20Sistema%20Nacional%20de%20Salud.pdf)

Estadística de gasto sanitario público 2023

<https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EGSP2008/egspPrincipalesResultados.pdf>

Número especial de la Revista Española de Comunicación en Salud sobre Atención Primaria: <https://e-revistas.uc3m.es/index.php/RECS/issue/view/756>