



**Universidad**  
Zaragoza



**Universidad de Zaragoza  
Escuela de Ciencias de la Salud**

***Grado en Enfermería***

Curso Académico 2012 / 2013

**TRABAJO FIN DE GRADO**

**Visión comparativa entre los modelos sanitarios del Reino de  
España y del Reino Unido**

**Autor/a:** Rebeca Navarro Calvo

**Tutor/a:** María Jesús Barrado Narvión

## ÍNDICE

Resumen	3
Introducción	4
Objetivos	6
Metodología	
Planificación	6
Búsqueda bibliográfica	7
Desarrollo	
Sistema Nacional de Salud	
Estructura	9
Cobertura	10
Financiación	11
National Health Service	
Estructura	12
Cobertura	13
Financiación	13
Áreas de mejora	
Autogestión y profesionalización del profesional	14
Control de cuentas	15
Copago farmacéutico	15
Conclusión	17
Bibliografía	18

## **RESUMEN**

La situación actual plantea nuevos retos en la estructura y financiación pública del Sistema Nacional de Salud, por lo que parece necesario e inevitable hacer recortes, valorando que partidas de gasto público se reducen para mantener lo más intacto posible el estado de bienestar.

Para ello primero hay que conocer la estructura del modelo sanitario español y tomar como referencia otro modelo sanitario de la Unión Europea que se sustente bajo los mismos pilares. El Sistema Nacional de Salud del Reino Unido reúne estas condiciones. Bajo la comparativa de ambos, se pueden apreciar diversas áreas de mejora para optimizar el rendimiento de los recursos.

Para la elaboración de este trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica, recopilando los artículos de diferentes bases de datos, como en el Índice Médico Español (IME), Dialnet y Sci-Verse. Se utilizaron los descriptores en español: sistemas sanitarios, modelos sanitarios, gestión sanitaria y gasto sanitario, y se utilizó el operador AND para cruzar con los términos España y Reino Unido.

Se encuentran reformas útiles en la práctica para conseguir una mejora en la eficiencia del servicio y optimizar los recursos disponibles.

Dichas reformas se basan en el modelo de autogestión y papel de los profesionales, para mejorar el servicio y aumentar las competencias; y en la modificación en la financiación para hacerlo más equitativo y eficaz.

**Palabras clave:** sistemas sanitarios, modelos sanitarios, gestión sanitaria y gasto sanitario, España y Reino Unido.

## **INTRODUCCIÓN**

En 1986, el 25 de abril entra en vigor la Ley General de Sanidad, en la cual se instaura el Sistema Nacional de Salud mediante la integración de diversos subsistemas sanitarios públicos. La finalidad de este Sistema es "la regulación general de todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud reconocido en el artículo 43 y concordantes de la Constitución". La universalización, la accesibilidad, la descentralización y la Atención Primaria son los pilares esenciales en los que se basa <sup>(1)</sup>.

Con ello queda constituido el derecho que todo ciudadano tiene a la salud, independientemente de su situación económica o laboral, pasa a ser una práctica sanitaria basada en la salud igual para todos.

Pero esto está cambiando debido a la profunda crisis en la que estamos sumidos. Se han recortado servicios, como cierres de centros de salud, servicios de urgencias y hospitales <sup>(2)</sup>; se ha reducido la accesibilidad, como en el caso de la población rural e inmigrantes ilegales <sup>(3)</sup>, sobre lo que Amnistía Internacional afirma son una "violación de los derechos humanos" <sup>(4)</sup>; y diversas comunidades han querido implantar el copago de los fármacos <sup>(5)</sup>, después de que el estado redujera la lista de medicamentos con financiación pública en 417 de ellos <sup>(6)</sup>. Con estas medidas, y otras, se quiere compensar la fuerte caída en la recaudación fiscal que se ha sufrido en España.

Como se puede ver los recortes afectan de forma directa a la sanidad, ya que es una de las principales partidas de gasto público. Este hecho, sumado también al incesante aumento de la deuda pública no hace más que acentuar el debate sobre la sostenibilidad del sistema sanitario <sup>(7)</sup>. El Gobierno advierte que tenemos un modelo sanitario insostenible debido a unos gastos improductivos e innecesarios, agravado por unos servicios excesivos que ya están siendo recortados; y que de no realizar las reformas adecuadas el propio sistema sanitario podría colapsarse <sup>(8)</sup>.

Las reformas conllevan una reestructuración del sistema; por lo que la aportación principal de este trabajo es conocer mejor nuestro sistema sanitario para poder tener un mayor criterio a la hora de escuchar diferentes opiniones respecto al estado de la sanidad; más siendo que es una cuestión relevante, según datos del CIS, situándolo como el cuarto problema con un 12.1% por detrás del paro, la economía y la corrupción <sup>(9)</sup>.

Parece oportuno conocer un modelo sanitario de nuestro entorno que comparta similitudes tanto en gestión, como en financiación y cobertura, que pueda servir de modelo de comparación y análisis del modelo propio; así detectar diferentes áreas de mejora donde se pueden llevar a cabo ajustes que mejoren la eficiencia del sistema.

Para ello se ha elegido el modelo sanitario del Reino Unido, un modelo basado en el Sistema Nacional de Salud, que sirvió como guía para posteriores sistemas como el nuestro, con características comunes como una financiación progresiva a través de los presupuestos generales del Estado, una accesibilidad universal y una amplia cobertura, basado en la descentralización.

En cuanto a gasto público se refiere, ambos países gastaron un 9,6% del P.I.B en 2008, lo que supone 2.266 \$ per cápita en nuestro país y 2.857 \$ en el país vecino. Como indicador de salud, la esperanza de vida es de 82,2 años y 80,6 respectivamente <sup>(10)</sup>.

En informes elaborados por la Organización Mundial de la Salud muestran al National Health Service como el decimocuarto mejor de Europa y el decimoctavo comparado con 191 países de todo el mundo, situando al modelo sanitario español en el quinto puesto a nivel europeo y séptimo a nivel mundial <sup>(11,12)</sup>.

## **OBJETIVOS**

- Conocer la organización del Sistema Nacional de Salud tanto del Reino de España como de Inglaterra para poder realizar una comparativa entre ambos modelos.
- Identificar posibles áreas de mejora para optimizar la calidad del servicio.

## **METODOLOGÍA**

### **Planificación**

Para estructurar el desarrollo de este trabajo se realizó un diagrama de Gantt en el que plasmar la planificación inicial (gráfico 1) y otro diagrama de Gantt con la planificación que se llevó a cabo durante la realización del trabajo (gráfico 2).

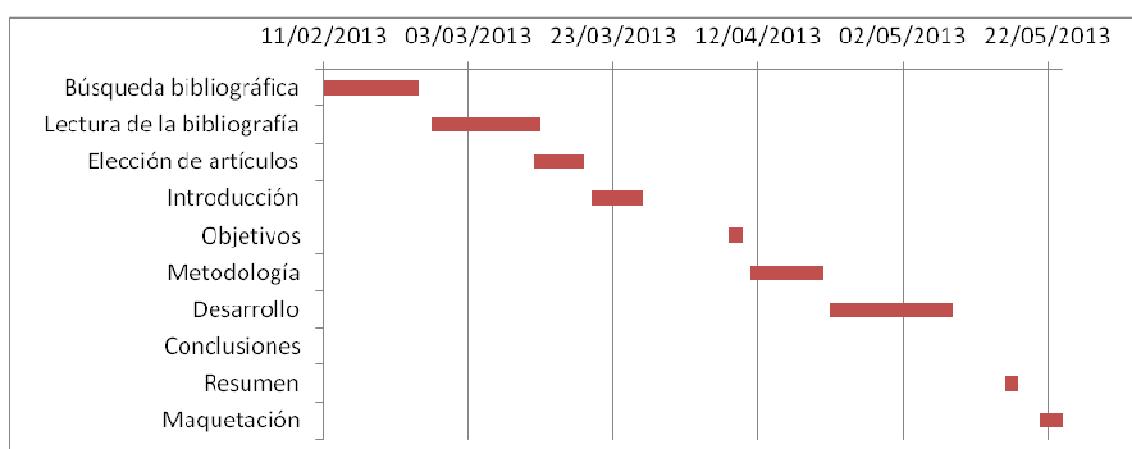


Gráfico 1. Diagrama de Gantt inicial.

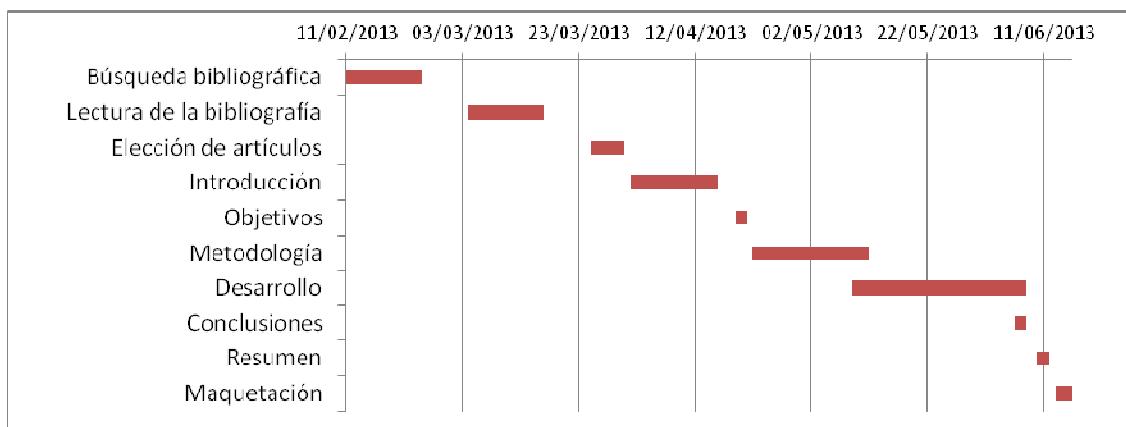


Gráfico 2. Diagrama de Gantt final.

### Búsqueda bibliográfica

Para llevar a cabo la compilación de datos la metodología usada fue una búsqueda bibliográfica en diferentes fuentes documentales realizada en Febrero de 2013 en IME, en DIALNET y en Sci Verse utilizando los descriptores: sistemas sanitarios, modelo sanitario, España, Reino Unido, gestión sanitaria y gasto sanitario.

Los registros obtenidos oscilaron entre 6 y 173 registros tras la combinación de las diferentes palabras clave (tabla 1). También se realizó una búsqueda en internet en el buscador “google académico” con los mismos términos, y una búsqueda en la biblioteca de medicina (tabla 2).

Base de datos	Palabras clave	Criterios de inclusión	Artículos encontrados	Artículos seleccionados	Artículos utilizados
IME	Modelos sanitarios	Año publicación 2007-2013	16		
			10		
			108		
			94	9	2
Dialnet	Sistemas sanitarios España Reino Unido	Texto completo *(exc. SciVerse)	46		
			104		
			135		
			43	20	4
Sci Verse*	Gestión sanitaria Gasto sanitario	Idioma: español	589		
			1166		
			432		
			347	17	3

Tabla 1.

Biblioteca	Palabras clave	Criterios de inclusión	Libros encontrados	Libros leídos	Libros Utilizados
Biblioteca de medicina UNIZAR	Modelos sanitarios Sistemas sanitarios España Reino Unido Gestión sanitaria Gasto sanitario	Año publicación 2005-2013  Idioma: español	8	6	4

Tabla 2.

Se seleccionaron aquellos documentos que informasen sobre aspectos de mejora o que analizasen aquellas áreas donde habían aparecido problemas estructurales en los modelos sanitarios estudiados, sobre todo en el modelo sanitario español.

Además se realizó una búsqueda en la página oficial del Ministerio de Sanidad, tanto del español como del inglés, para localizar la información referente al contenido y estructura de los modelos sanitarios; y por último se realizó una búsqueda de informes científicos de diversas organizaciones como la OCDE y la OMS, para obtener información cuantitativa al respecto.

## SISTEMA NACIONAL DE SALUD

### Estructura

A través de la Ley Orgánica 3/1986 del 14 de Abril de 1986 se establece, según el Artículo 1, la necesidad de crear un Sistema Nacional de Salud con el objeto de proteger la salud pública y prevenir su pérdida o deterioro <sup>(1)</sup>.

Días después, el 25 de Abril se redacta la Ley General de Sanidad en la que se define el Sistema Nacional de Salud como el conjunto de los servicios de salud de la administración del Estado y de las Comunidades Autónomas, integrando en él todas las funciones y prestaciones sanitarias <sup>(13)</sup>.

En el Artículo 46 quedan definidas las características fundamentales del Sistema Nacional de Salud (tabla 3) y en el Título III se establece la estructura del modelo sanitario, la cual queda integrada por todos los centros, servicios y establecimientos propios de las diferentes Comunidades, Diputaciones, Ayuntamientos y otras administraciones.

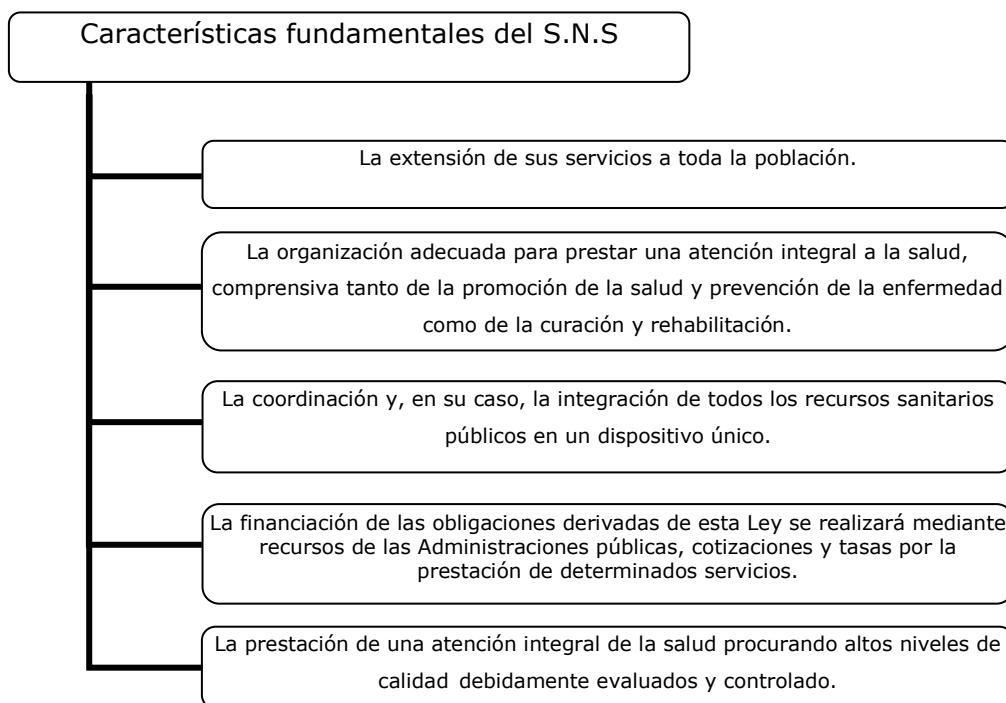


Tabla 3. Características fundamentales del Sistema Nacional de Salud.

Queda definido, como eje del modelo las propias Comunidades Autónomas, pero prestando especial atención a que la integración efectiva de los servicios es básica, ya que no sólo hay que centrarse en el derecho a la salud que la Constitución reconoce a todos los ciudadanos, sino que se debe asegurar una igualación de las condiciones de vida.

Así aunque los servicios sanitarios se concentran bajo la responsabilidad de las Comunidades Autónomas a través del Servicio de Salud, que es la estructura administrativa y de gestión; la dirección en los mínimos uniformes y la coordinación queda bajo los poderes del Estado. Para ello se crea el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud de España (CISNS) que armoniza las diferentes actividades sanitarias, da cohesión al sistema y garantiza los derechos ciudadanos en todo el territorio; y mediante diferentes recomendaciones se crea una cartera de servicios mínima y común para todos los ciudadanos <sup>(14)</sup>.

## **Cobertura**

Según lo establecido en el Capítulo III de la Constitución Española aprobada en 1978, se establece que los beneficiarios de la prestación pública sanitaria son todos los españoles, estipulando en el Artículo 43 la responsabilidad que tienen los poderes públicos respecto a la salud, ya que a éstos compete la organización y tutela de la salud pública a través de medidas preventivas, de las prestaciones y servicios necesarios. También se incluye explícitamente la protección especial que hay que dedicar a disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos en el Artículo 49 <sup>(15)</sup>.

En la *Ley Orgánica 4/2000* quedan regulados los derechos y libertades de los extranjeros residentes y empadronados en España o de extranjeros menores que se equiparan en igualdad de condiciones a la de cualquier español. Los extranjeros que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia sanitaria pública de urgencia ante la contracción de enfermedades graves o accidentes y a la continuidad de dicha atención hasta la situación de alta médica. También queda garantizado el derecho a

la asistencia sanitaria durante el embarazo, parto y postparto a las extranjeras embarazadas que se encuentren en España <sup>(16)</sup>.

## **Financiación**

El Estado, a través de los impuestos generales que recauda, financia la totalidad de las prestaciones sanitarias y un porcentaje de las prestaciones farmacéuticas ya que el resto se financia bajo copago, ya sea variable o deducible. Este presupuesto se reparte entre las diferentes comunidades autónomas atendiendo a varios criterios de reparto, y éstas se encargan a su vez de la gestión sanitaria en todo su territorio <sup>(13)</sup>.

## **NATIONAL HEALTH SERVICE**

### **Estructura**

El National Health Service (NHS) es la entidad encargada de suministrar las prestaciones sanitarias públicas del Reino Unido, siendo en realidad un conjunto de cuatro sistemas de salud, independientes entre sí y correspondientes a los cuatro países que componen el Reino Unido: NHS England, NHS Scotland, NHS Wales y NHS Northern Ireland.

Creado el 5 de julio de 1948, el NHS se basa en la premisa de que la atención médica nace de la necesidad de ésta y no de la capacidad de pago de cada individuo, así se configuró un modelo en el que los pilares básicos de la prestación fueran: gratis en el punto de entrega, comprensivo, equitativo e igualitario <sup>(17)</sup>.

Su estructura, que ha sufrido importantes cambios últimamente, difiere del sistema español en que la distribución de las diferentes competencias sanitarias se realiza según corresponda a nivel nacional, a nivel regional y a nivel local <sup>(18)</sup>.

A nivel nacional el gobierno central del Reino Unido ejerce el control sobre el NHS a través de su Departamento de Sanidad, entidad que asume la responsabilidad política y el control correspondiente.

A nivel regional se realiza la gestión del NHS, delegada en un conjunto de Grupos de Puesta Clínica (CCG), antiguas Autoridades Estratégicas de Salud (SHA), controlando la provisión de asistencia dentro de su zona geográfica, en especial la atención primaria.

Dentro de cada región existen varias unidades para la provisión del servicio a nivel local:

- Fundaciones para la administración de hospitales y centros de especialidades.

- Unidades de atención primaria encargadas de los cuidados básicos y la salud pública.
- Diversas fundaciones que se encargan de la asistencia social, salud mental y transporte.

Además, a nivel local, se han establecido los llamados “Trust” asistenciales o corporaciones públicas, que son agencias comerciales con ánimo de lucro, con una bolsa de afiliados a los que prestan los servicios sanitarios bajo financiación pública <sup>(19)</sup>.

### **Cobertura**

Según se establece en el punto primero de la Constitución del NHS, el estado garantiza la prestación de servicios sanitarios a todos los ciudadanos residentes en el Reino Unido sin cabida de ningún tipo de discriminación por razones de sexo, raza, discapacidad, edad, orientación sexual, religión, creencia, sexo reasignación, embarazo, maternidad, estado civil o estado de unión civil.

Se garantiza un servicio integral, basado en la necesidad clínica y con un amplio deber social para reducir al mínimo las diferencias y promover la igualdad a través de los servicios prestados, prestando especial atención a aquellos grupos o sectores donde las mejoras en salud y la esperanza de vida no están al nivel que el resto de la población <sup>(17)</sup>.

### **Financiación**

Al igual que en el modelo español, aunque las competencias y la gestión están muy descentralizadas, la financiación se lleva a cabo con los ingresos de diferentes impuestos generales a través del llamado Fondo Consolidado que aporta un 75,3% del gasto, un 13% del Seguro Nacional y el resto de diferentes cuotas e ingresos <sup>(18)</sup>.

## **ÁREAS DE MEJORA**

### **Autogestión y profesionalización del profesional**

Al igual que en Reino Unido se han establecido los "Trust" asistenciales, en España este modelo de autogestión se regula a través de diferentes consorcios y conciertos. Según Albert Ledesma, incorporar modelos que permitan la autogestión por parte de los diferentes centros sanitarios puede conllevar una mejora en dichas prestaciones por varios motivos, a los profesionales permite una mejor remuneración económica relacionada con el esfuerzo, una mayor autonomía y mejor perspectiva profesional; y al sistema permite la contratación de los profesionales de forma directa con un ahorro considerable manteniendo la misma calidad.

Uno de estos modelos es la constitución de sociedades sanitarias manteniendo un afán sin ánimo de lucro y con un mínimo del 75% de capital social en manos de los propios profesionales, que dejan de ser personal estatutario para ser propietario. Así se consigue una mayor motivación del trabajador para desarrollar de la manera más eficiente su trabajo, lo que revierte tanto en una mayor satisfacción profesional como una mayor satisfacción ciudadana de los recibidores de dichos servicios. Se debe incorporar también mecanismos de competencia regulada para realizar las evaluaciones de resultados, balance de cuentas y control de calidad <sup>(20)</sup>.

Otros artículos muestran la necesidad de implicar a los profesionales en la gestión sanitaria con nuevas políticas de recursos humanos; potenciando las capacidades y las competencias; y capacitándolos para la asunción de riesgos en el desarrollo de la profesión <sup>(21,22)</sup>.

Autores, como Beatriz González y Ricard Meneu, ahondan en la idea de utilizar a los profesionales como guía en la optimización de recursos y en la reorganización del gasto y de los recursos; ya que nadie conoce mejor la estructura del sistema. Pero en este caso dirigido hacia la reestructuración del modelo en cuanto a la separación que existe entre la Atención Primaria y la Especializada; en su artículo mencionan que dicha separación supone

fuertes costes impuestos de un nivel al otro (indicando pruebas y consultas a especialistas desde atención primaria sin costes para los centros de salud o prescribiendo tratamientos muy costosos para la Atención Primaria). Esto podría cambiar implantando mejoras en las estrategias de atención a la cronicidad, lo que supondría incrementos de la eficacia mediante la integración sanitaria y sociosanitaria <sup>(23)</sup>.

### **Control de cuentas**

Otra diferencia notable entre el modelo español y el inglés, es la implantación de mecanismos que permiten la determinación de responsabilidades y control de cuentas del NHS con el desarrollo de la “accountability” (rendición de cuentas) que funciona con fuertes controles a nivel central aunque insuficientes a nivel local.

En España, ya que el presupuesto de cada comunidad lo establece el estado, se podría instaurar un sistema de protección para asegurar una distribución de servicios en igualdad y equidad a nivel autonómico; además de implantar un sistema de control financiero, a nivel estatal y autonómico, para garantizar la realización de una financiación eficiente <sup>(24)</sup>.

Diferentes autores muestran la necesidad de reformar los cauces de información y control haciendo un sistema basado en la transparencia con un mayor traspaso y fluidez de información y rendimiento de cuentas de todas las partes, además de definir el papel de los políticos y de los gestores dentro del sistema <sup>(21,25)</sup>. Implantando incentivos a la eficiencia y penalizando de forma explícita la mala gestión.

### **Copago farmacéutico**

El gasto farmacéutico en España en el año 2008 fue de 541\$ per cápita, un 18,2% del gasto total sanitario; frente a los 369\$ del Reino Unido, un 11,8% del gasto total <sup>(10)</sup>, y se constata un descenso en la contribución efectiva del paciente en el coste de los medicamentos, que ha pasado de un 11% en 1990 a entre un 5,4 y un 5,8% en 2010 <sup>(7)</sup>.

Una medida muy polémica en nuestro país, ha sido el debate sobre el copago farmacéutico. En el Reino Unido ya existe esta modalidad de pago de medicamentos que fue instaurado de forma paulatina y que cuenta con topes cuatrimestrales o anuales.

Estos datos reflejan la necesidad de modificar la forma de financiación farmacéutica. Diferentes autores proponen varias medidas <sup>(7,26-28)</sup>:

- Implantar políticas comunes de gasto farmacéutico y compra de medicamentos.
- Modificar el sistema de copago farmacéutico, que diferencia entre población activa y población pasiva; e implantar el copago farmacéutico por receta de 0,5€ con un máximo de 4,5€ al mes. Así se sería más eficaz y menos inequitativo.
- Incentivar el consumo eficiente reduciendo la utilización innecesaria.
- Invertir decididamente en prevención y promoción de la salud, que a largo plazo puede hacer disminuir el consumo de medicamentos.
- Revisar los criterios de inclusión de fármacos, incluyendo criterios de coste-efectividad o coste-utilidad.

## **CONCLUSIÓN**

Una vez realizada la comparativa de nuestro sistema sanitario con el sistema inglés, uno de los primeros Sistemas Sanitarios de Salud utilizado como modelo del resto, no es necesario adoptar ninguno nuevo sino mejorar el actual para mantenerlo sostenible a largo plazo y mejorar la eficiencia del sistema.

Con la bibliografía consultada sobre gestión se patenta la necesidad de abordar dichas modificaciones pero de una manera reflexiva y consensuada, con los profesionales de la rama. Discutir sobre las mejoras que se pueden acatar en los diferentes ámbitos: en la reestructuración del sistema financiero, en la reestructuración en la gestión de recursos tanto humanos como técnicos, y en el establecimiento de un mecanismo que permita el control tanto de cuentas como de gestión de recursos a todos los niveles.

Un papel destacado en la bibliografía revisada, es la necesidad de dar a la sanidad española la transparencia que hoy tanto se demanda en otros ámbitos de la gestión pública. Mejoras que encaminen a la sanidad pública hacia un sistema más eficiente.

Las encuestas realizadas constatan una alta satisfacción ciudadana con el sistema actual, incluso esta valoración se percibe por parte de los ciudadanos europeos dada su utilización del sistema.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ley de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública. Ley Orgánica 3/1986 de 14 de Abril. Boletín Oficial del Estado, nº 102, (29 de Abril de 1986).
2. Decenas de municipios se quedan sin urgencias nocturnas en toda España. El País [revista on-line] Miércoles 16 de Enero de 2013[consultado el 13 de Mayo de 2013]; Sociedad. Disponible en:  
[http://sociedad.elpais.com/sociedad/2013/01/16/actualidad/1358370856\\_623171.html](http://sociedad.elpais.com/sociedad/2013/01/16/actualidad/1358370856_623171.html).
3. Molina D. El mapa de exclusión de los inmigrantes sin tarjeta sanitaria. El diario.es [revista on-line]. Miércoles 28 de Noviembre de 2012 [consultado el 13 de Mayo de 2013]. Disponible en:  
[http://www.eldiario.es/desalambre/tarjeta-sanitaria-inmigrantes-mapa\\_6\\_73552665.html](http://www.eldiario.es/desalambre/tarjeta-sanitaria-inmigrantes-mapa_6_73552665.html).
4. Amnistía Internacional [sede web]. España: Amnistía Internacional; 25 de Abril de 2013 [consultado el 30 de Mayo]. Noticias y actualidad. No son sólo recortes, también pueden ser violaciones de derechos humanos. Disponible en: <http://www.es.amnesty.org/noticias/noticias/articulo/no-son-solo-recortes-tambien-pueden-ser-violaciones-de-derechos-humanos/>
5. Sevillano E. El TC mantiene la suspensión del euro por receta en Madrid. El País [revista on-line]. Jueves 6 de Junio de 2013 [consultado 11 de Junio]. Comunidades Autónomas. Disponible en:  
[http://ccaa.elpais.com/ccaa/2013/06/06/madrid/1370510728\\_320250.html](http://ccaa.elpais.com/ccaa/2013/06/06/madrid/1370510728_320250.html)
6. Resolución de 2 de agosto de 2012, de la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia, por la que se procede a la actualización de la lista de medicamentos que quedan excluidos de la prestación farmacéutica en el Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial de Estado, nº 197, (17 de Abril de 2012).

7. Gil V, Barrubés J, Álvarez JC, Portella, E. La sostenibilidad financiera del sistema sanitario: 10 medidas estructurales para afrontar las causas del crecimiento del gasto. Barcelona: Antares Consulting; 2010.
8. El Gobierno dice que el actual sistema sanitario es "absolutamente insostenible". Público.es [revista on-line]. Lunes 8 de Abril de 2013 [consultado el 13 de Mayo de 2013]. Disponible en: <http://www.publico.es/espana/428713/el-gobierno-dice-que-el-actual-sistema-sanitario-es-absolutamente-insostenible>.
9. Centro de Investigaciones Sociológicas. Barómetro de Enero. España: CIS; 2013. Estudio nº 2976.
10. Organisation for Economics Co-operation and Development. OCDE Health Data 2012: Statistics and Indicators for 34 countries. [Consultado el 13 de mayo de 2013]. Disponible en: <http://www.oecd.org/health/health-systems/oecdhealthdata2012-frequentlyrequesteddata.htm>.
11. Musgrove P, Creese A, Preker A, Baeza C, Anell A, Prentice T. *The world health report 2000. Health systems: improving performance*. Geneve: World Health Organization. ISBN 924156198X.
12. Tandon A, Murray C, Lauer J.A, Evans D.B. Measuring overall health system performance for 191 countries. World Health Organization, 2000 (Global Programme on Evidence Discussion Paper No.30.)
13. Ley General de Sanidad. Ley 14/1986 de 25 de Abril. Boletín Oficial del Estado, nº 102, (29 de Abril de 1986).
14. Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Boletín Oficial del Estado, nº222, (16 de Septiembre de 2006).

15. Constitución Española, de 31 de Octubre. Boletín Oficial del Estado, nº 311.1, (29 de Diciembre de 1978).
16. Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social. Boletín Oficial del Estado, nº 1139, (12 de Enero de 2000).
17. The NHS Constitution. Department of Health. March 2013. Available from: [www.orderline.dh.gov.uk](http://www.orderline.dh.gov.uk).
18. Harker, Rachel. "NHS funding and expenditure SN/SG/724". House of Commons Library. (April 03, 2012).
19. National Health Service [Internet]. Government of United Kingdom; 28 January of 2011 [update 28 January of 2013, access 20 February of 2013]. Available from:  
<http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/about/Pages/nhsstructure.aspx>
20. Ledesma A. ¿Autogestión o autonomía de gestión? Informe SESPAS 2012. Gac Sanit. 2012;26(S):57–62.
21. Mas i Canal N [et al.]. Estudio de situación del sistema sanitario español: gasto y financiación. Relaciones empíricas básicas y propuestas de análisis. En: Gestión en el sector de la salud. Vol. I Gestión del sistema y de sus instituciones. Madrid: Pearson Education; 2005. P 175-208.
22. Cruzado C, Jiménez FJ, Sánchez Y. Principales problemas de los recursos humanos sanitarios en la Unión Europea y España. Enfermería Docente 2012; 97: 20-24.
23. González López-Valcárcel B, Meneu R. El gasto que está triste y azul. Debe preocupar más la salud que el gasto sanitario. Gac Sanit. 2012;26(2):176–177

24. Pollock A. La organización comparada de los servicios sanitarios en Estados descentralizados. En: Jornadas sobre la descentralización y transferencias sanitarias. Madrid: Confederación sindical de comisiones obreras; 2001.p 129-144.
25. Meneu R, Ortúnb V. Transparencia y buen gobierno en sanidad. También para salir de la crisis. Gac Sanit. 2011;25(4):333-338.
26. Cantero Prieto D [et al.]. Las propuestas actuales de reforma en la asistencia sanitaria. En: La financiación del gasto sanitario desde la perspectiva de la experiencia comparada. Bilbao: Fundación BBVA; 2006. p 379-416.
27. Perona Larraz JL. El copago farmacéutico no es eficaz. En: Mitos y paradojas de la Sanidad en España. Una visión crítica. Madrid: Círculo de la Sanidad; 2007. p 197-223.
28. Simó Miñana J, Gervás Camacho J. Gasto farmacéutico en España y en Europa (1995-2002): el "despilfarro" español, un mito sin fundamento. Rev Adm Sanit. 2007;5:1-16.