



**Universidad de Valladolid**

**Facultad de Enfermería**

**GRADO EN ENFERMERÍA**

**EL REINO UNIDO Y ESPAÑA:  
REVISIÓN SISTEMÁTICA DE  
SUS SISTEMAS SANITARIOS**

**Autor/a: JOEL GONZÁLEZ PÉREZ**

**Tutor/a: JOSÉ MARÍA JIMÉNEZ PÉREZ**

**Cotutor/a: ANA GARCÍA DEL RÍO**

# ÍNDICE

RESUMEN .....	3
1. INTRODUCCIÓN .....	4
1.1. Historia.....	4
1.1. Reino Unido: Orígenes históricos .....	5
1.2. España: Orígenes históricos .....	6
1.3. Justificación del trabajo .....	7
2. OBJETIVOS .....	8
3. MATERIAL Y MÉTODOS .....	8
4. DESARROLLO.....	10
4.1. La evolución de los sistemas: NHS y SNS .....	10
4.2. Comparación y divergencias de los Sistemas .....	15
4.2.1. La organización territorial: descripción y análisis.....	16
4.2.2. La economía sanitaria: descripción y análisis .....	20
4.3. Implicaciones de las medidas adoptadas en los Sistemas .....	21
5. CONCLUSIONES.....	24
6. BIBLIOGRAFÍA .....	25
ANEXOS .....	27



## **RESUMEN**

**Introducción:** Los Sistemas Sanitarios de España y Reino Unido son una parte integral y fundamental de las sociedades de estos países y tienen un gran impacto en el desarrollo de cambios sociales y políticos así como en los ciudadanos. Las modificaciones implementadas en los últimos años y sus implicaciones prácticas justifican el motivo de esta revisión.

**Método:** Se realizó una revisión bibliográfica para conocer la evolución de los Sistemas y su estado actual, identificando los cambios y transformaciones recientes. La consulta de bases de datos online y la estrategia de búsqueda empleada identificó un total de n=30 estudios relevantes.

**Resultados:** Los cambios implementados han demostrado ser más profundos en el Sistema Nacional español que el británico. Se han visto afectados en ambos países el conjunto de la financiación y la procedencia de ésta. También ha sido modificada la organización de base especialmente en el Reino Unido. La Atención Primaria ha demostrado ser en ambos países la base funcional más eficaz, pero un mayor desarrollo resultaría en mayor eficiencia.

**Conclusión:** Las reformas en ambos Sistemas han conseguido mantener relativamente intacta la estructura sanitaria. Existen diversos enfoques acerca del siguiente desarrollo de los Sistemas Sanitarios, aunque necesitan investigación y comparación.

**Palabras clave:** Sistema Sanitario, evolución, reformas, organización.



## 1. INTRODUCCIÓN

### 1.1. Historia

La planificación y la organización sanitaria es algo propio del ser humano desde sus comienzos, pero la idea de crear una serie de conceptos que se adaptan a las particularidades de cada país en los que basar la atención sanitaria no tiene tanta antigüedad.

El Reino Unido fue uno de los pioneros en crear un Modelo Sanitario<sup>1</sup>, y este proceso comienza en el siglo XVII. De acuerdo a Honigsbaum en su artículo *The evolution of the NHS*<sup>2</sup>, la intervención del Estado en el cuidado de la salud y la gestión sanitaria comenzó en el año 1601, cuando el Parlamento aprobó la Poor Law. Básicamente, esta ley organizaba un rudimentario sistema de atención mediante médicos pagados por el Estado y liberaba a las personas y grupos poblacionales de buscar su propio cuidado<sup>3</sup>. Con el tiempo, fueron adaptando estas resoluciones primitivas a sus costumbres, ideología y políticas para implementar efectivamente un Modelo Sanitario, y, tras desarrollar su marco teórico, aplicar las modificaciones y mejoras hasta lo que existe hoy día: un Sistema Sanitario con sus características propias.

Alemania también fue uno de los primeros países en desarrollar una estructura propia. Tras las primeras agrupaciones obreras (Krankenkassen) en las que parte del sueldo se destinaba a un seguro, el canciller Bismarck, mediante una serie de decisiones políticas, pudo crear el esqueleto para dar cierta cobertura sanitaria a los trabajadores. Después, se desarrollaron estas ideas para crear su concepto de Modelo Sanitario, en el que la base eran unas aseguradoras más avanzadas que sus predecesoras y ofrecía cobertura obligatoria a los trabajadores, una parte de ella sufragada por el Estado<sup>2</sup>. También allí se adaptó a las características del país y se desarrolló un Sistema Sanitario.

Un Sistema Sanitario es, según la definición de la Organización Mundial de la Salud, la agrupación de “todas las organizaciones, las instituciones y los recursos de los que emanan iniciativas cuya principal finalidad es mejorar la salud”. Es decir, que el Sistema Sanitario es la aplicación a la realidad de una concepción teórica, mediante una serie de instrumentos y para cumplir su función principal: garantizar el derecho a la salud de la



población que cubre. Para ello, recurre a todo tipo de estructuras, privadas y públicas, y sus ramificaciones. El Sistema Sanitario se encuentra determinado por varios factores y también estructurado sobre unos principios. Los factores más importantes son la economía, ideología, el entorno jurídico y la cultura del mismo. Por otro lado, los principios sobre los que se apoya un Sistema Sanitario son<sup>4</sup>:

- Universalidad: cobertura para toda la población
- Equidad: igualdad en la atención, sin diferencias sociales o económicas
- Atención integral a la persona en toda su dimensión
- Eficiencia y flexibilidad: el Sistema se adapta a las necesidades y es sostenible

No obstante, aunque estos principios son la base conceptual, no son aplicados literalmente, sino que las administraciones los tienen presentes a la hora de crear un Sistema Sanitario.

Además, un Sistema influye y es influido a su vez por ciertos factores y funciones: la población a la que dirige su efecto, el Gobierno del país (con autoridad sobre la gestión sanitaria), los proveedores de la atención y los intermediarios (aseguradoras)<sup>1,3,5</sup>.

Así pues, cada país, basándose en las ideas, leyes y teorías que componen el Modelo sanitario, desarrolla su aplicación en la realidad de manera diferente. En el presente trabajo se tratará el Sistema Sanitario del Reino Unido, basado en su Modelo mixto Beveridge, y el Sistema Sanitario español, basado en el mismo modelo, pero diferente aplicación, el Sistema Nacional de Salud.

### **1.1.Reino Unido: Orígenes históricos**

En el Reino Unido, Inglaterra desarrollaba los pasos a seguir en el camino hacia un Sistema Sanitario, como expone Boyle et al. en *Health Systems in Transition: England*<sup>3</sup>. En 1858, el Parlamento aprobó la Medical Act para establecer un registro oficial de los médicos autorizados para proporcionar atención sanitaria en los clubes<sup>2</sup>. Esta es la base de una idea revolucionaria: la atención sanitaria pública y gratuita a la población, como explica Boyle et al.<sup>3</sup>.

El año 1942 fue clave para el desarrollo del National Health System, concebido en la posguerra y tras el impacto de la Segunda Guerra Mundial. Una comisión investigadora médica, liderada por Sir William Beveridge y encargada por el Parlamento, emitió un



informe (Informe Beveridge), en el que aconsejaba el establecimiento de un Sistema Nacional de Salud, basado en leyes y unos principios inamovibles que le sirvieran de base, de acuerdo a Delamothe en su artículo de análisis *Founding principles*<sup>4</sup>.

Así pues, en 1946 se aprobaba la National Health Service Act, que establecía los principios fundamentales por los que se regiría el modelo, su organización y su financiación a costa de los impuestos que los ciudadanos pagan<sup>1,6</sup>. El National Health Service comenzó a funcionar de manera efectiva en el año 1948, y ha continuado haciéndolo hasta el día de hoy.

## **1.2.España: Orígenes históricos**

En España, el origen del actual Sistema Nacional de Salud está en la Edad Media, cuando el rey Alfonso X legisló la organización de los gremios, que a su vez se estructuraron para proporcionarse cuidados<sup>7</sup>. Con el tiempo, el Gobierno fue desarrollando intentos de crear estructuras sanitarias que se adaptaran a las necesidades de la época.

El proyecto de Código Sanitario en 1822 fue el primer intento de implementar un órgano estatal ejecutivo pero no fue hasta 1855 cuando se creó la Dirección General de Sanidad<sup>5,8</sup>. Sin embargo, no era todavía un Modelo Sanitario. Hacia el último cuarto del siglo XIX, se crea el Instituto Nacional de Previsión con la finalidad de implementar las primeras políticas de seguro social<sup>5</sup>, gracias a la Comisión de Reformas Sociales de 1900. Las políticas supervisadas por este organismo estaban modeladas a imagen de lo que se estaba haciendo en Alemania: aseguradoras para los trabajadores, que pagaban una parte de su sueldo para garantizar atención sanitaria cuando la necesitaran<sup>5</sup>. Con estas medidas, se constituyó un primer Modelo de Seguridad Social, en forma de una seguridad social para los trabajadores. Durante la Segunda República, estas medidas fueron destinadas únicamente a trabajadores con ingresos muy bajos o personas sin ingresos económicos. La estructura era sencilla y mantenía aquella creada durante el siglo XIX, con un organismo supremo para proporcionar prevención.

A pesar de los pasos que ya se estaban dando, no existía una organización específica pública, puesto que las funciones asistenciales, el saneamiento, la salud pública y la prevención se encontraban dispersas en el Estado sin nexos de unión entre la Administración y las Diputaciones<sup>8</sup>. Tras la II República y la Guerra Civil, se trató de



mantener el Modelo de Seguridad Social coordinando las estructuras en vez de integrarlas en una sola. El Instituto Nacional de Previsión sobrevivió a la Guerra Civil y se integró en el aparato político de la dictadura, tal y como sugiere García-Armesto et al. en el libro *Health Systems in Transition: Spain*<sup>5</sup>, así como el sistema de aseguradoras. El camino hacia un Sistema Nacional de Salud financiado públicamente y de cobertura universal comenzaba tras las décadas de 1950 y 1960 debido al crecimiento poblacional, cuando el Estado creó una red de centros y servicios de titularidad pública para la atención médica general y cuidado especializado del paciente. Se puede decir que ya era de facto una aplicación del Modelo Beveridge en su mayor parte<sup>5</sup>.

A partir de los años 80, el Modelo cambió para convertirse en un Modelo Beveridge, copiado de los británicos, y con la Ley General de Sanidad se establecía oficialmente el Sistema Nacional de Salud<sup>8</sup>. Hasta la actualidad, este Sistema es el que se ha mantenido en España, financiado con los presupuestos generales del Estado y atención sanitaria gratuita a los ciudadanos.

### **1.3. Justificación del trabajo**

Los Sistemas Sanitarios son una parte fundamental de la sociedad de los países europeos desde mediados y finales del siglo XIX. Se han transformado desde agrupaciones de obreros hasta convertirse en algunos casos, como el NHS británico, en el máximo empleador de profesionales de la nación y uno de los generadores de empleo más fuertes de Europa<sup>1,3,5</sup>. Según el libro *Health Systems in Transition: United Kingdom*, en 2014 el National Health System empleaba 1,57 millones de personas<sup>1</sup>. Análogamente, en España el Sistema Nacional de Salud también es una de las empresas con más potencial de empleabilidad, aunque a escala más pequeña<sup>5</sup>.

Por ello, el Estado pone a su disposición unos recursos financieros inmensos, que en el caso del Reino Unido alcanzó en 2014 el 9,12% del PIB, de acuerdo a Cylus et al.<sup>1</sup>. Para dar una idea somera en datos tangibles, son 3300 libras esterlinas por habitante. En Inglaterra, el país más representativo, el gasto del Estado por habitante asciende a 1852 libras, como se ilustra en *Health Systems in Transition: England*<sup>3</sup>. Por otro lado, en España, aun siendo bajo el gasto, alcanzó el 9,6% del PIB en 2010<sup>5</sup>.

A partir del año 2008, no obstante, se han llevado a efecto cambios profundos en los Sistemas Sanitarios. Un cambio recesivo en las condiciones económicas de Europa



provocó una serie de modificaciones políticas, económicas y sanitarias en las sociedades. De acuerdo a Saltman et al., los recortes en los Sistemas Sanitarios no van a ayudar a su situación mientras se siga soportando el mismo nivel de asistencia, tanto en Reino Unido como en España <sup>9</sup>.

Así pues, existe la necesidad de analizar el Modelo Sanitario y los dos Sistemas Sanitarios para tratar de encontrar los puntos frágiles y las justificaciones a los cambios que se están implementando para contener el gasto, incluso con un PIB en alza estos últimos años como en el caso del Reino Unido <sup>1</sup>. En España, por su parte, ha aumentado la participación privada en la financiación del SNS, según el estudio de García-Armesto et al.<sup>5</sup>, bordeando el 20% mientras que los fondos procedentes del PIB alcanzan el 8,5%, ligeramente inferior a otros países similares como Reino Unido.

## 2. **OBJETIVOS**

Objetivo general:

- Describir la evolución del SNS y el NHS desde su implantación hasta la actualidad

Objetivos específicos:

- Identificar las similitudes y diferencias de ambos sistemas
- Valorar las implicaciones para la práctica de las recientes reformas
- Analizar la teoría del modelo sanitario frente a la realidad práctica del sistema

## 3. **MATERIAL Y MÉTODOS**

Para llevar a cabo este trabajo se ha realizado una revisión sistemática de los estudios publicados sobre los Sistemas Sanitarios del Reino Unido y España, su origen e historia, su evolución y los cambios experimentados en los últimos tiempos.

Se efectuó una búsqueda en la bibliografía disponible de los repositorios virtuales y en las siguientes bases de datos de los siguientes sitios web:

- La base de datos PubMed, dependiente de la National Library of Medicine de los Estados Unidos
- La búsqueda se apoyó en los sitios web oficiales de los Gobiernos y Ministerios:
  - Ministerio de Sanidad de España: <https://www.msssi.gob.es/>



- Boletín Oficial del Estado: <https://www.boe.es/>
- Departamento de Sanidad del Reino Unido: <https://www.gov.uk/government/organisations/department-of-health>
- Gobierno británico: <https://www.gov.uk/>

En la búsqueda se han combinado los términos MeSH y sus correspondientes descriptores en ciencias de la salud DeCS (ver tabla 1) incluyendo en la sintaxis de la búsqueda el marcador booleano AND. En los sitios web oficiales se utilizaron los buscadores del propio sitio web en su búsqueda avanzada.

DeCS	MeSH
Sistema Nacional de Salud	National Health System
Legislación	Legislation
Leyes	Law
Evolución	Evolution
Historia	History

Tabla 1: Términos MeSH utilizados con sus correspondientes DeCS

Los criterios de inclusión de esta revisión bibliográfica son: documentos en formato artículo, revisión bibliográfica con o sin meta-análisis, leyes (u otros documentos legales), informes y libros; documentos publicados en español o inglés; estudios con antigüedad no superior a 10 años (año 2007). Todos los artículos, revisiones y documentos pertinentes para la revisión se localizarán a texto completo para determinar su relevancia.

Los principales motivos de descarte son: no cumplir los criterios de inclusión; no describir los sistemas con la precisión y detalle requeridos y ser repetitivos en la información.

Una primera búsqueda sin especificidad con las palabras clave “National Health System” y “Spain” y “United Kingdom” produjo un elevado número de resultados. Tras aplicar los criterios de inclusión explicados se redujo el número a 57, categorizando los documentos por Sistema Sanitario (británico o español) y su pertinencia para el estudio. A continuación, tras la lectura del título y el abstract, se seleccionaron 38 documentos potencialmente relevantes después de aplicar un nuevo filtro por duplicidad y repetición. Tras la lectura en profundidad de los mismos, se seleccionaron finalmente 30 artículos y

documentos, que constituyen el total de bibliografía disponible (Figura 1).

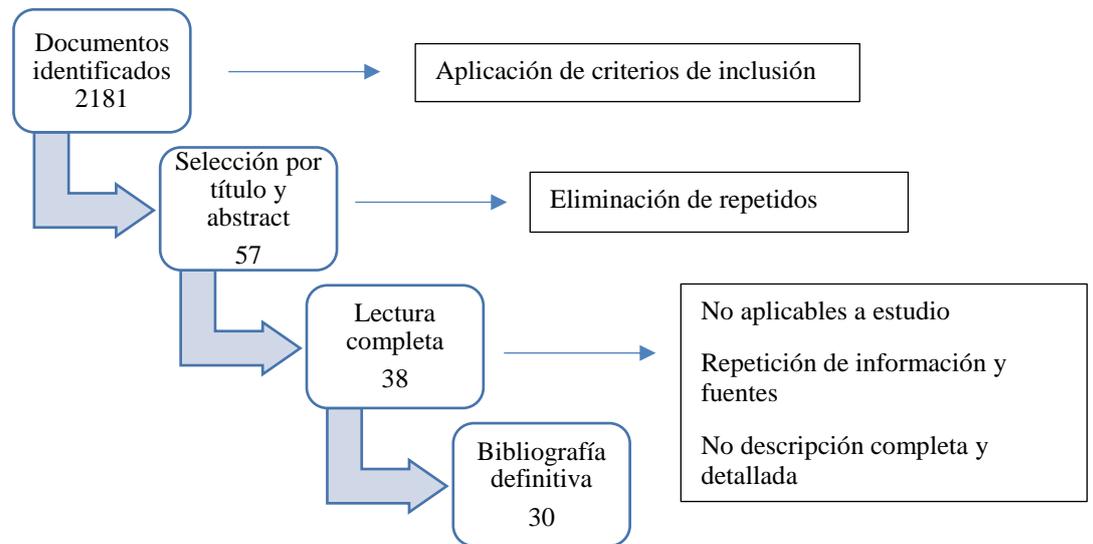


Figura 1. Flujograma de la estrategia de búsqueda

Este estudio presenta limitaciones. La antigüedad de las leyes ha obligado a incluir documentos relevantes para la evolución de los Sistemas Sanitarios que datan de años anteriores a los establecidos en los criterios de inclusión. Concretamente, en el caso de Reino Unido son los años 1946, 1990, 2000 y 2004. En el caso de España, 1986 y 2003. Para obtener estos documentos se revisaron los repositorios virtuales de los sitios webs explicados anteriormente.

## 4. DESARROLLO

### 4.1. La evolución de los sistemas: NHS y SNS

En el desarrollo del National Health System, el año 1942 fue la fecha clave para la creación del mismo, a pesar de que la ley que terminaba de dar cuerpo al Modelo fue aprobada en 1946 y este entró en efecto como Sistema dos años más tarde<sup>3,4,6</sup>, basándose en un documento que daría nombre a su Modelo. El resultado de la investigación del Informe Beveridge fue favorable en relación a los posibles beneficios de la sanidad pública y el Gobierno británico se apoyó para crear el Modelo sanitario que serviría de ejemplo a otros países, como España<sup>1</sup>.

Adaptándose a las condiciones políticas, con el tiempo forzosamente tuvieron que crear otra división para el remanente, Irlanda del Norte<sup>3,10</sup>. La década de 1960 fue fundamental porque supuso la primera descentralización de la sanidad, mediante la



*National Health Service Reorganization Act* de 1973 con la que se creaban autoridades regionales en cada uno de los estados constituyentes del Reino Unido, junto con una serie de diferentes organizaciones en grado descendente de responsabilidad, desde el hospital hasta la Atención Primaria, como exponen Cylus et al. en *Health Systems in Transition: United Kingdom* <sup>1</sup>. En 1990 el Gobierno aprobaba la *National Health Service and Community Care Act*, que tenía como objetivo crear un “mercado interno” para incrementar la eficiencia y calidad de los servicios de salud, como explica Cylus et al. en *Health Systems in Transition: United Kingdom* <sup>1</sup>.

En España, el recorrido histórico de la evolución de su Modelo es mucho menor. El Gobierno del general Franco, mediante el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, mantuvo el Modelo copiado de la Alemania de entonces, que adoptaba la forma de un sistema de seguros pagados por los trabajadores a cambio de asistencia sanitaria, como el Seguro Obligatorio de Enfermedad, creado en 1942 <sup>5,8</sup>. Este sistema se mantuvo hasta 1978, con el establecimiento de la democracia, cuando el recién creado Ministerio de Sanidad y Seguridad Social se apoyó en la Constitución y en su artículo acerca del derecho a la salud para desmantelar el Modelo de Seguridad Social y emprender una serie de reformas, entre las que destacan la creación del INSALUD (que en un principio sería el administrador de la asistencia, subordinado al Ministerio), la introducción del sistema de residencia como formación y los primeros pasos hacia la descentralización <sup>5</sup>.

Estos cambios vinieron preludiados por el denominado Informe Abril, que de manera similar al Informe Beveridge diseccionaba la Sanidad en ese momento. Entre sus sugerencias se encontraba la abolición del INSALUD (el organismo sucesor del INP que dirigía la política sanitaria) y se abogaba por la división de las competencias sanitarias entre las diversas Comunidades Autónomas <sup>5,11</sup>.

La Ley General de Sanidad fue el último cambio que supuso el paso formal a un Modelo Beveridge con un Sistema Nacional de Salud. El INSALUD dirigió las primeras fases a lo largo de las décadas de 1980 y 1990, mientras se implementaban y asentaban las reformas de la Ley General de Sanidad <sup>5</sup>, para luego transformarse en el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA), al mismo tiempo que el proceso de descentralización se hacía efectivo. Esto constituye, básicamente, la transferencia de competencias y autoridad desde el poder central del Ministerio de Sanidad y Seguridad

Social hacia los Gobiernos autonómicos de las Comunidades y sus respectivas Consejerías de Sanidad <sup>12,13</sup>.

El traspaso de poderes es el rasgo definitorio del Sistema Nacional de Salud español, y aunque similar al británico, tiene sus propias características. No todas las Comunidades comenzaron el proceso a la vez: País Vasco, Navarra, Cataluña, Galicia, Valencia, Andalucía y las Islas Canarias recibieron plenos poderes entre 8 y 20 años antes que el resto, de acuerdo a García-Armesto et al. <sup>5</sup>. El INSALUD dirigió las demás Comunidades hasta el año 2002 (Figura 3). Tras este año, son autónomas en Sanidad todas excepto Ceuta y Melilla, cuya prestación sanitaria es proporcionada por el INGESA, sucesor del INSALUD <sup>5,11</sup>.

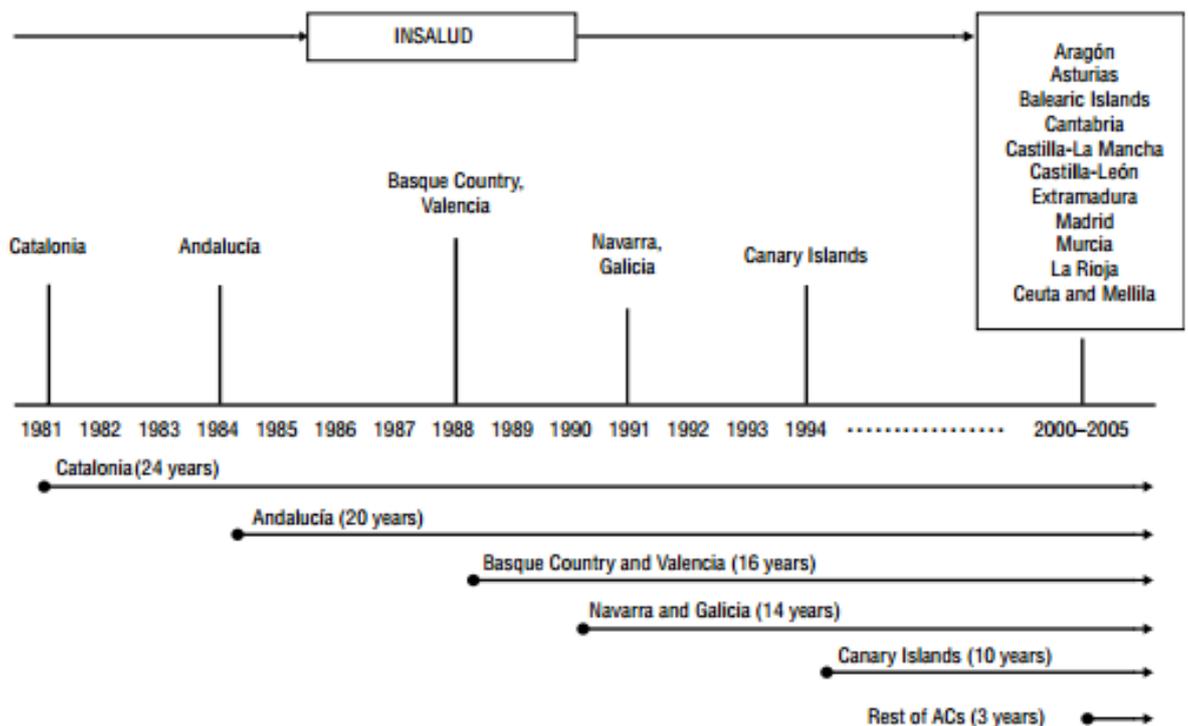


Figura 2. Cronología de la descentralización de las competencias en sanidad. Extraído de García-Armesto S, Abadía-Taira MB, Durán A, Hernández-Quevedo C, Bernal-Delgado E. Spain: Health system review. Health Systems in Transition. 1ª ed. Hernández-Quevedo C, Mossialos E, editores. Copenhagen: WHO Regional Office For Europe; 2010.

A partir del año 2008, en Europa se han sucedido una serie de acontecimientos de corte económico que han tenido consecuencias sociales en los países del entorno.



Primero, el Reino Unido experimentó cambios desde la devolución de competencias a los estados constituyentes. Esto significa que cada estado o región, es decir, Inglaterra, Gales, Escocia e Irlanda del Norte, tiene potestad para organizar sus políticas sanitarias, subordinados únicamente a los principios generales que dicta el Departamento de Sanidad<sup>1,14</sup>. Ya en esta etapa encontramos uno de los problemas principales: la dispersión geográfica y la disparidad entre regiones asociada a ella.

Para intentar solucionar los problemas que arrastraba del pasado, el Gobierno laborista electo de 1997 instituyó amplias reformas, como fijación de estándares nacionales para la valoración del desempeño de los profesionales sanitarios y el NHS Plan de 2000, como se explica en *Health Systems in Transition: United Kingdom*<sup>1</sup>. Este plan, que buscaba reforzar los cimientos del NHS mediante un aumento en la financiación pública, así como mayor contratación de personal sanitario (especialmente de Enfermería) para poder hacer frente a las crecientes demandas de la población, se topó con la cruda realidad: la idea era buena, pero para cuando estuviera listo para ponerse en práctica las condiciones habrían cambiado de nuevo y no sería aplicable<sup>15</sup>. Así pues, se trató de llevar a la práctica las mejoras para los pacientes, como reducir el tiempo máximo de espera para operaciones y garantizar el acceso a Atención Primaria a toda la población con una reducción del tiempo de espera mediante mayor contratación de médicos y enfermeras en centros de salud, mientras se comenzaba a diseñar las líneas maestras de otro plan, el NHS Improvement Plan de 2004, que a partir de ese año debía corregir los errores del anterior y superar sus mejoras, para en 2008 haber conseguido la reforma completa<sup>16</sup>. En esta ocasión, como se expone en *Health Systems in Transition: United Kingdom*, se mantendría la fidelidad a los principios fundadores del NHS (gratuito, acceso igualitario, universalidad) pero se intentaría descentralizar el NHS. No en un sentido de división territorial, como ya está hecho, sino el propio NHS en cada estado constituyente se fraccionará en una multitud de mini NHSs para cada comunidad<sup>16</sup>. De esta manera, y gracias a un aumento de fondos que dobló de 33 billones de libras a 67,4 billones, se trataría de transformar el NHS para centrarlo en Atención Primaria y prevención de la salud en vez de un enfoque más “hospitalario”. Las comunidades tendrán la mayor influencia a la hora de decidir cómo se dirigen sus servicios locales y los Primary Care Trusts (las organizaciones responsables de la Atención Primaria) tendrán el control del presupuesto<sup>16</sup>.



Diversos estudios, resumidos por Delamothe en dos artículos de revisión, *A centrally funded health service, free at the point of delivery* y *A comprehensive service*, establecían que los resultados eran buenos pero que el gasto sanitario sumado al progresivo aumento de la demanda resultaría en la incapacidad de atender a todo el mundo. Esto es debido a que el dinero proviene exclusivamente del pago de impuestos y se estaba sobrecargando esa fuente de inversión <sup>14,17</sup>. No obstante, en 2008 estalló la recesión económica en Europa, y cambió por completo el escenario, enfrentando los principios teóricos del Modelo con la realidad. Para hacer frente a la situación, se disolvieron las organizaciones previas de Atención Primaria y autoridades estratégicas de área (que gobernaban los hospitales) para ser reemplazadas por Comisiones Clínicas <sup>1</sup>. La prioridad era mantener más o menos intacto el Sistema y su relación con el Modelo Beveridge, poniendo toda la fuerza en la prevención de la enfermedad y manteniéndose a la vanguardia en la Atención Primaria. Para garantizar el objetivo, se asociaron los Departamentos de Salud de Escocia e Inglaterra con el fin de mantenerse unos a otros mediante ayudas.

Así pues, el NHS ha logrado mantenerse como la estructura que proporciona atención sanitaria en Reino Unido desde sus orígenes hasta la actualidad. No obstante, la población del Reino Unido continúa aumentando, existen variaciones significativas geográficas y disparidad en algunas áreas, y es necesario esperar para comprobar si las reformas han sido efectivas, mientras el NHS lucha ahora por ser más eficiente con sus recursos humanos y relacionarse con sus usuarios para mejorar la respuesta sanitaria.

En España, el SNS (Sistema Nacional de Salud) que supone la expresión práctica de nuestro Modelo sanitario ha experimentado cambios muy profundos desde el final de la década de 1990. A partir de 2002, cuando se finalizó el proceso, se comenzó a definir el fallo más grande del Sistema español, que es al mismo tiempo su gran virtud, de acuerdo a Martín-Moreno et al. en su artículo *Spain: a decentralised health system in constant flux*: es muy fácil implementar reformas necesarias e iniciativas creativas, al mismo tiempo que se fomenta el acceso igualitario a la sanidad <sup>18</sup>, pero teniendo poderosos incentivos para desarrollar su propia red, los Gobiernos regionales pierden la perspectiva necesaria en relación al Sistema Nacional en su sentido más amplio <sup>5</sup>.

Para tratar de fortalecer el Sistema, y regular mejor las competencias de uno y otro lado (el Estado y las Comunidades), se aprobó en 2003 la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. Su objetivo principal era “establecer acciones de



*coordinación y cooperación de las Administraciones públicas sanitarias como medio para asegurar a los ciudadanos el derecho a la protección de la salud, con el objetivo común de garantizar la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud”* <sup>19</sup>. También creaba una serie de organismos (como la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud) para asegurar que los Gobiernos regionales se ayudaran y colaboraran en mejorar el funcionamiento del SNS <sup>5,19</sup>.

Estos cambios mantuvieron el SNS estable hasta la recesión económica que afectó a Europa a partir de 2008. Entre estos países, España es uno de los que menos dedica del Producto Interior Bruto a su sanidad pública, en comparación con otros con el mismo Modelo como el Reino Unido <sup>18</sup>. No obstante, fue uno de los que más cambió el Sistema que tenía, especialmente a partir de 2012. En este año se aprobó el Real Decreto-Ley de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, que establecía que el Sistema sufría una descoordinación entre los diversos servicios autonómicos, que el gasto sanitario y especialmente farmacéutico era tremendamente alto y que los retos a los que se enfrentaba como el envejecimiento de la población, la necesidad perentoria de innovar y mantener la sostenibilidad del sistema exigía un uso racional de los medios <sup>20</sup>.

En años recientes, se ha mantenido la situación de contención del gasto sanitario, mientras aumenta la demanda de los servicios por parte de la población, lo que ha llevado al límite las medidas adoptadas, como explica Martín Moreno et al. <sup>18</sup>.

#### **4.2. Comparación y divergencias de los Sistemas**

Como se ha estado apuntando a lo largo de este trabajo de revisión, ambos países, a pesar de una historia reciente totalmente diferente, presentan la misma base. El Modelo es igual para el Reino Unido y España, con unos principios y leyes diferentes en cada país pero con el mismo fin.

El análisis de la evolución de los dos Sistemas permite explicar su trayectoria: ambos nacieron como respuesta a las demandas crecientes de su población en aumento, y aunque en un principio fueran ideados como Seguridad Social, rápidamente (aunque años después en España) fueron transformados en un Sistema Nacional de Salud. Ambos países han



debido transformar el Sistema conforme iba avanzando el tiempo, y aunque hay diferencias en los niveles de organización más elemental (se trata en el siguiente apartado), la apariencia es la misma: profundización en la Atención Primaria como puerta de entrada al Sistema y mayor autoridad en las regiones constituyentes. Como muestra el análisis, los dos Sistemas han experimentado recortes con el fin de ser más sostenibles mientras continúan su función.

#### **4.2.1. La organización territorial: descripción y análisis**

El Reino Unido está formado por tres naciones constituyentes (Inglaterra, Escocia y Gales) y una unidad constituyente (Irlanda del Norte). Actualmente, todas estas regiones tienen en sus respectivos Gobiernos (tras la devolución de competencias en 1997 a los Parlamentos de Escocia, Gales e Irlanda del Norte) la autoridad sobre materias de Sanidad. Esto convierte al Sistema Nacional de Salud inglés en el que es quizá el más descentralizado del mundo, como apuntan Cylus et al. en su libro *Health Systems in Transition: United Kingdom*<sup>1</sup>.

No obstante, la organización no es idéntica en los estados constituyentes. La máxima autoridad es el Gobierno del Reino Unido, representado por el Departamento de Sanidad. Es directamente responsable del Sistema en Inglaterra, de algunas materias reguladoras y de la colaboración internacional donde representa no sólo a Inglaterra sino al conjunto del país en negociaciones. También tiene reuniones regulares con sus homólogos en Escocia, Gales e Irlanda del Norte<sup>1</sup>.

En Inglaterra, el NHS in England está controlado por el Secretario de Estado de Sanidad (el equivalente a ministro en España). En este único caso, la particularidad es que el cuerpo estatal coincide con el regional, y es responsable de marcar la política en los asuntos sanitarios. No obstante, la responsabilidad de proporcionar atención sanitaria está bajo NHS England, una organización creada tras las reformas de 2012<sup>3,21</sup> y que convierte al Secretario de Estado en un supervisor. Los principales deberes de NHS England son liderar y mejorar la atención sanitaria, supervisar la acción de las Comisiones Clínicas y proporcionarles recursos y asegurar la permanencia y preeminencia de la Atención Primaria. Por debajo de este organismo ejecutivo se encuentran las ya mentadas



Comisiones Clínicas, lideradas por médicos de familia y quienes controlan la mayor parte del presupuesto y acciones sanitarias en Inglaterra <sup>1,3</sup>.

En Escocia, la estructura es similar. El Parlamento escocés marca la pauta legislativa que seguirá el NHS in Scotland, organismo ejecutivo análogo al inglés creado tras las reformas de descentralización. El sistema está supervisado por el Secretario Escocés de Sanidad y Bienestar, quien es además el Director Ejecutivo del NHS Scotland. La planificación y proporcionar asistencia sanitaria corre a cargo de 14 Direcciones de NHS, y a nivel local son las Asociaciones de Comunidades quienes ostentan el mando. A partir de 2016 estas Direcciones tendrán responsabilidad global sobre la planificación y recursos de los servicios sociales y sanitarios de Escocia, de acuerdo a D. Steel <sup>22</sup>.

En Gales e Irlanda del Norte, por ser los territorios más pequeños y en proporción menos poderosos, se explicará su organización de manera conjunta. Gales, mediante su Departamento de Sanidad y Servicios Sociales lidera el desarrollo de sus políticas de salud y las estrategias para mejorar la sanidad, los servicios sociales y la salud pública, siendo junto con Inglaterra el que más peso otorga a la prevención y la salud pública <sup>21,23</sup>. El Ministro de Sanidad y Servicios Sociales es el máximo responsable ante la Asamblea Nacional galesa y la planificación está derivada a Direcciones Locales de Salud. En Irlanda del Norte, al ser una entidad constitutiva, la más pequeña en extensión y población y la menos potente económicamente, la autoridad la ostenta el Secretario de Sanidad, personificado por el Departamento de Sanidad, Servicios Sociales y Salud Pública, que encarga a las Comisiones Locales la responsabilidad de planificar y proporcionar la asistencia sanitaria <sup>10</sup>.

Por último, cabe mencionar 3 organismos estatales que forman organizaciones aparte de las derivadas del NHS<sup>1</sup>. El Instituto Nacional para la Sanidad y la Excelencia del Cuidado (responsable ante el Departamento de Sanidad, pero opera independientemente del Gobierno para crear guías de asistencia y recomendaciones), la Agencia Reguladora de Medicamentos y Cuidado (responsable de la aceptación y uso de medicación) y los Reales Colegios Profesionales (que se ocupan de mantener los estándares a los que deben atenerse las profesiones sanitarias).

España también es un Sistema descentralizado, ya que todas las competencias de sanidad las ostentan las Consejerías de las respectivas Comunidades Autónomas y el

Instituto Nacional de Gestión Sanitaria en Ceuta y Melilla<sup>5</sup> (Figura 3). Es decir, el Gobierno de cada Comunidad puede decidir las políticas sanitarias que quiere aplicar (como las campañas de vacunación) y también está autorizado para controlar los fondos que dispone, así como la manera de recaudarlos. Adicionalmente, tienen jurisdicción sobre las infraestructuras de la red sanitaria en la Comunidad, y aunque se encuentran bajo la autoridad del Ministerio de Sanidad, dicho organismo no es más que una figura nominal que de las que emanan las competencias que posee cada Comunidad.

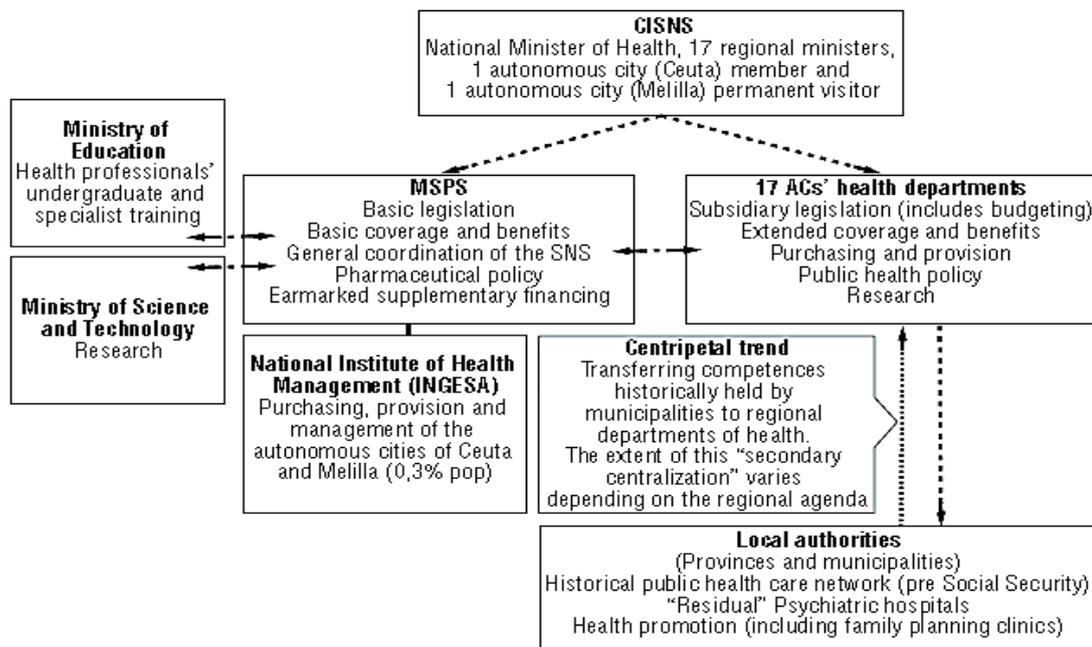


Figura 3. Representación gráfica de la estructura organizativa española. Extraído de: García-Armesto S, Abadía-Taira MB, Durán A, Hernández-Quevedo C, Bernal-Delgado E. Spain: Health system review. Health Systems in Transition. 1ª ed. Hernández-Quevedo C, Mossialos E, editores. Copenhage: WHO Regional Office For Europe; 2010.

Fundamentalmente, el Sistema Nacional de Salud se organiza en dos niveles asistenciales complementarios: Atención Primaria y Atención Especializada. Es más complejo el segundo, pero la puerta de acceso al Sistema la constituye la Atención Primaria<sup>12</sup>. Todos los Servicios Regionales de Salud presentan esta misma estructura.

La Atención Primaria pone a disposición de la población una serie de servicios básicos cuyos dispositivos asistenciales principales son los Centros de salud, donde trabajan equipos multidisciplinares integrados por médicos de familia, pediatras, personal de enfermería y personal administrativo, pudiendo disponer también de trabajadores



sociales, matronas y fisioterapeutas. Este nivel es el encargado de las tareas de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad <sup>13</sup>.

La Atención Especializada se presta en Centros de especialidades y hospitales, de manera ambulatoria o en régimen de ingreso. Tras el proceso asistencial, el paciente y la información clínica correspondiente retornan nuevamente a la Atención Primaria que, por disponer del conjunto de los datos de su biografía sanitaria, garantiza la visión clínica y terapéutica global. Dentro de esta organización, la ubicación de los recursos asistenciales responde, básicamente, a una planificación sobre demarcaciones demo-geográficas delimitadas, las Áreas de Salud, que establece cada comunidad autónoma teniendo en cuenta factores de diversa índole, pero, sobre todo, respondiendo a la idea de proximidad de los servicios a los usuarios <sup>13</sup>. En cuanto a las Comunidades, la estructura básica es un ministerio de sanidad denominado Consejería de Sanidad que ostenta el control sobre la política sanitaria y a la vez tiene las responsabilidades de planificación de la asistencia <sup>5</sup>. Este Sistema ha demostrado internacionalmente su competencia <sup>7</sup> y su fuerte enfoque hacia la salud pública y la Atención Primaria es uno de sus puntos más fuertes <sup>24</sup>.

Por lo tanto, ambos parten de la misma base, la descentralización, y presentan diferencias a partir de ese punto: en España es cada Comunidad Autónoma quien decreta las políticas sanitarias a seguir, recibiendo únicamente directrices por parte del Ministerio de Sanidad u otros organismos de carácter estatal en caso de involucrar a todo el Estado; por su parte, cada estado constituyente del Reino Unido posee las competencias necesarias devueltas por el Departamento de Sanidad que en Inglaterra es la máxima autoridad sanitaria y promulgando los patrones de asistencia. Además, la otra principal diferencia entre la organización de ambos Sistemas es que en España a pesar de que existen 17 Servicios Regionales de Salud (uno por cada Comunidad) y el INGESA a cargo de la atención en las Ciudades Autónomas la estructura jerárquica es idéntica en todos: por encima la Consejería de Sanidad, después las Áreas Básicas de Salud que engloban Atención Primaria y su complementaria Especializada; mientras que en Reino Unido la organización vertical es menos visible y jerarquizada: cada región tiene un responsable máximo y por debajo varias organizaciones que cambian en función de la zona, con el NHS como autoridad media y Comisiones Clínicas o Asociaciones de Comunidades como base del Sistema.



#### **4.2.2. La economía sanitaria: descripción y análisis**

En cuanto a la financiación, atendiendo a los datos que exponen Boyle et al.<sup>3</sup> y Ingleby et al.<sup>25</sup>, el gasto sanitario del Reino Unido ocupa en 2014 el 9,1% del PIB. Esto garantiza el cumplimiento del principio de gratuidad y se trata de unas 3500 libras por ciudadano, de acuerdo a Ingleby et al.<sup>25</sup>.

En el Reino Unido, la financiación procede de los impuestos generales, y es totalmente gratuita para el ciudadano, excepto algunos servicios como el cuidado dental y farmacéutico, que en años recientes han sido colocados con la tasa de un copago mínimo. Además, es difícil establecer comparativas entre los estados del Reino, debido a la diferencia entre la potencia de Escocia e Inglaterra (las que más recaudan y más tienen para gastar) y Gales e Irlanda del Norte<sup>1</sup>.

En España, la tendencia es la misma, en consonancia con un Modelo Beveridge que sostiene al Sistema sanitario mediante el pago de impuestos. En años recientes, ha habido cambios profundos que han implementado el copago farmacéutico y retirado la cobertura a ciertos colectivos como inmigrantes ilegales y ancianos. No obstante, la financiación pública aun en estos tiempos proporciona el 95% de los fondos para gastos de planificación y salarios de los profesionales. Además, cada Comunidad autónoma controla sus propios fondos y los administra según su criterio<sup>5,13</sup>.

Por lo tanto, en ambos países el Sistema recibe una financiación procedente en su mayor parte de los presupuestos generales del Estado, que a su vez proporcionan los ciudadanos con sus impuestos<sup>1,3,5</sup>. No obstante, la cobertura en el Reino Unido es mucho mayor, de acuerdo a Delamothe a pesar de la retirada de servicios dentales en años recientes y la implantación del copago farmacéutico para algunos colectivos<sup>17,26</sup>. Por su parte, en España ha disminuido el aporte económico al SNS y a la vez ha aumentado la contribución privada al PIB destinado a la Sanidad, de acuerdo a diversos estudios<sup>5,18</sup>. Pese a las adversas condiciones económicas de los últimos años, se puede concluir que ambos Sistemas está luchando por ser más eficientes, reducir el gasto superfluo y a la vez conseguir ser más competitivos y sostenibles al proporcionar una atención sanitaria de calidad.



### **4.3. Implicaciones de las medidas adoptadas en los Sistemas**

La base que sustentaba, y todavía sustenta el Modelo Beveridge, fueron una serie de principios bastante transgresores en su época, que sufrieron muchos cambios para quedar definidos como explica Delamothe en sus artículos *Founding Principles* y *Universality, equity and quality of care*, publicados en el *British Medical Journal* (2008). Estos principios serían las bases para otros Sistemas Sanitarios, creados a imagen y semejanza del británico <sup>4,26</sup>.

Estos principios están ideados para que sean la base ideológica del Sistema, y entraron en polémica en los años siguientes a la crisis económica que sacudió Europa. Países como España y Reino Unido, ambos con un Modelo Beveridge, debieron tomar medidas para asegurar la continuidad y sostenibilidad de sus respectivos Sistemas, y fue entonces cuando estos principios se contrastaron con la realidad de lo que era necesario hacer: con el fin de salvaguardar la economía estatal, se debía obtener fondos de donde fuera necesario, y por ello los Gobiernos pusieron en marcha campañas para modificar sus Sistemas retirándoles fondos y a la vez proteger la economía del país, que es en última instancia quien lo financia.

En el Reino Unido, el NHS se mantuvo relativamente intacto frente al hundimiento económico gracias a estas medidas. Sin embargo, aparecieron varios enfoques acerca de los siguientes pasos a seguir.

Saltman et al.<sup>9</sup> sugerían que un aumento del dinero que se aportaba a la sanidad pública resultaría insuficiente para afrontar una etapa de austeridad y que debería volcarse parte de la responsabilidad en materia sanitaria en otras direcciones que no fueran estatales. Basándose en el ejemplo de diversos países europeos, promovían un balance entre el sector público y otros (privado, comunitario e incluso individual). Así, se sugería derivar el coste de la atención sanitaria fuera de las manos del Estado mediante dos estrategias: incrementando el rol de empleadores privados (es decir, permitiéndoles contratar parte del personal del NHS y también control parcial de sus infraestructuras) al tiempo que se convertía a los pacientes, sus familias y sus comunidades en garantes de su propio cuidado (mediante un copago sanitario de Atención Primaria, por citar un



ejemplo). Defendiendo estas medidas, se podría hacer al NHS sostenible, aunque implicaría renunciar en parte su esencia <sup>1,9</sup>.

Otro enfoque, defendido por Woolhandler et al. <sup>27</sup>, proponía emular ciertos aspectos del Sistema imperante en Estados Unidos, y aplicar planes privados de salud a costa de los ingresos económicos de los pacientes y someter el NHS a la ley de mercado, para que se regulara por oferta y demanda. No de manera radical, pero con el fin de recortar costes superfluos.

Al final, prevaleció el enfoque del Gobierno británico, y en estos años que han transcurrido, el NHS y el Modelo Beveridge han sufrido transformaciones en la forma de proporcionar la asistencia sanitaria, apostando decididamente por la Atención Primaria como base de su Sistema, y manteniendo los objetivos que determinaron al comienzo, como aseguran los cinco equipos de investigación de *Health Systems in Transition* <sup>1,3,10,22,23</sup>. Para concluir, la investigación de Ingleby et al. <sup>25</sup> establece que, aunque no hay razones para ser complacientes con el funcionamiento del NHS, es primordial mantener el enfoque actual, que focaliza la acción reformadora en pequeños cambios sin modificar radicalmente las bases del Sistema, puesto que funciona remarcablemente bien, atendiendo a las encuestas de calidad a pacientes y la valoración del gasto por parte de las agencias estatales.

En España, el Real Decreto-ley del año 2012 fue el cambio más importante. Se intentaba reducir los gastos del Sistema Nacional de Salud, y por ello establecía que era necesario adoptar medidas concisas para contener el gasto <sup>20</sup>. Cantero en su artículo de investigación determina que los cambios fueron demasiado profundos <sup>28</sup>. Las medidas adoptadas modificaban algunos de los principios base del Modelo, desde la equidad en la atención hasta la universalidad <sup>29</sup>. Como se explica en el artículo, “*La medida más polémica y grave, sin duda, ha sido la vuelta a los conceptos de asegurado y beneficiario del sistema público con el propósito casi único de excluir al colectivo de los inmigrantes que carecen de autorización administrativa de residencia en el territorio español*”. Esta medida es la que generó más polémica, ya que implica que sólo mediante el copago de los servicios podrán acceder a ellos determinados cupos de personas, como los inmigrantes ilegales o los desempleados de anterior puesto de trabajo autónomo <sup>28</sup>. La otra medida que ha tenido más consecuencias es la redefinición de las categorías profesionales en todo el Sistema Nacional de Salud, recortando derechos profesionales y



disminuyendo también el número de personas que trabajan en la atención sanitaria. Por último, la Atención Primaria, el blasón de las anteriores mejoras del SNS, que había sido beneficiado con una mayor cobertura a la población y una mayor financiación, según el informe de Hernansanz et al.<sup>30</sup>, fue deliberadamente privada de fondos para que fuera infrutilizada. Además, el copago para los medicamentos obligó a pensionistas y personas sin ingresos a costearse parcialmente los tratamientos farmacéuticos que siguen, desmontando otro principio fundamental como es el de gratuidad de la asistencia sanitaria. El fin último de este Real Decreto fue conseguir un ahorro a costa del Sistema Nacional de Salud de un 13,65% en 2012, de acuerdo a Legido-Quigley et al.<sup>29</sup>, además de reducir las plantillas de trabajadores y sus derechos, redundando en una mayor presión laboral por las crecientes demandas asistenciales de la población.

Así pues, el SNS ha sufrido cambios más profundos que su homólogo inglés en estos últimos años, pero de acuerdo a diversos estudios todavía mantiene la estructura ideológica que lo sustentaba en su origen<sup>5,13,28</sup>. La Atención Primaria debe fortalecerse todavía más, amparada en su énfasis sobre la mejora de la Salud Pública que la hacen imprescindible para mejorar el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud.



## 5. CONCLUSIONES

- La intervención de los Estados en la planificación y organización sanitaria comienza en el siglo XVII.
- Aunque dos o más países compartan el mismo Modelo Sanitario, el Sistema Sanitario es diferente porque se adapta a la propia estructura social y política del país.
- España tuvo un Sistema de Seguridad Social con ingresos en aseguradoras que cambió en el año 1986 con un Sistema Nacional de Salud financiado con fondos públicos.
- La descentralización de los Sistemas Sanitarios ha causado desigualdades entre las regiones más potentes económicamente y las menos poderosas.
- El Reino Unido comenzó los cambios en el año 2004 para hacer su Sistema Sanitario más sostenible y España los implantó en el año 2012.
- El gasto sanitario continúa siendo muy elevado en ambos Sistemas Sanitarios a pesar de las reformas emprendidas.
- El Reino Unido tiene un Sistema Sanitario más descentralizado que España.
- El Reino Unido pone mayor peso económico en su Atención Primaria que España.
- El Reino Unido retiró la cobertura total a algunos colectivos para implantar el copago farmacéutico y la retirada de atención dental y en España también se ha reformado el SNS para obtener financiación del usuario directamente.
- La Atención Primaria ha demostrado ser la forma más eficaz de manejar la entrada y el acceso al Sistema Sanitario aunque absorbe muchos recursos.
- España dedica a su Sistema Sanitario menos fracción del PIB que el Reino Unido.
- Aunque se necesita más investigación, una externalización de la gestión de los Sistemas Sanitarios podría resultar en una mayor sostenibilidad del Sistema.
- Ambos Sistemas podrían beneficiarse de un mayor empoderamiento de la Atención Primaria porque descargaría labor asistencial de la Especializada.



## 6. **BIBLIOGRAFÍA**

1. Cylus J, Richardson E, Findley L, Longley M, O'Neill C, Steel D. United Kingdom: Health system review. Health Systems in Transition. 1ª ed. Cylus J, Richardson E, Nolte E, van Ginneken E, editores. Copenhagen: WHO Regional Office For Europe; 2015.
2. Honigsbaum F. The evolution of the NHS. BMJ. 1990;301(6754):694-699.
3. Boyle S. United Kingdom (England): Health system review. Health Systems in Transition. 1ª ed. Maresso A, Mossialos E, editores. Copenhagen: WHO Regional Office For Europe; 2011.
4. Delamothe T. Founding principles. BMJ. 2008;336(7655):1216-1218.
5. García-Armesto S, Abadía-Taira MB, Durán A, Hernández-Quevedo C, Bernal-Delgado E. Spain: Health system review. Health Systems in Transition. 1ª ed. Hernández-Quevedo C, Mossialos E, editores. Copenhagen: WHO Regional Office For Europe; 2010.
6. National Health Service Act, 1946. Act of Parliament, chapter 81, (1946).
7. Rico A, Freire JM, Gervás J. El Sistema Sanitario Español (1976-2006): Factores de éxito en perspectiva internacional comparada. En: Conferencia Internacional “Estado del Bienestar y competitividad. La experiencia europea y la agenda para América Latina”. Santiago de Chile; Fundación Carolina; 2007. p. 1-33.
8. Ley General de Sanidad. Ley 14/1986 de 25 abril. Boletín Oficial del Estado, nº 102, (29/04/1986).
9. Saltman R, Cahn Z. Restructuring health systems for an era of prolonged austerity: an essay by Richard B Saltman and Zachary Cahn. BMJ. 2013;346: 972-976.
10. O'Neill C, McGregor P, Merkur S. United Kingdom (Northern Ireland): Health system review. Health Systems in Transition. 1ª ed. Merkur S, Thomson S, editores. Copenhagen: WHO Regional Office For Europe; 2012.
11. Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social. Real Decreto Legislativo 8/2015 de 30 de octubre. Boletín Oficial del Estado, nº 261, (31/10/2015).
12. Alfaro Latorre M. Sistema Nacional de Salud España 2010 [monografía en Internet]. Madrid: Instituto de Información Sanitaria; 2010 [consultado 16 de febrero de 2017]. Disponible en: <http://www.msps.es/organizacion/sns/librosSNS.htm>.
13. Vinuesa Sebastián M. Sistema Nacional de Salud SNS España 2012 [monografía en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012 [consultado 16 de febrero de 2017]. Disponible en: [www.msssi.gob.es](http://www.msssi.gob.es).
14. Delamothe T. A comprehensive service. BMJ. 2008;336(7657):1344-1345.

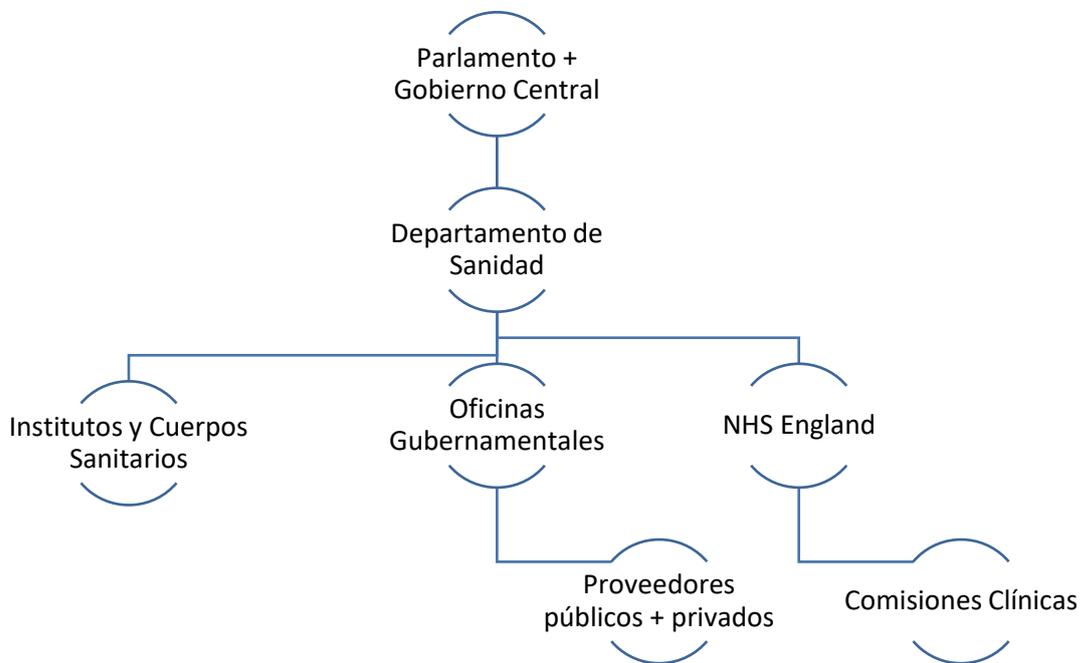


15. The NHS Plan - A plan for investment. A plan for reform. United Kingdom Parliament. (Julio 2000).
16. The NHS Improvement Plan - Putting People at the Heart of Public Services. United Kingdom Parliament. (Junio 2004).
17. Delamothe T. A centrally funded health service, free at the point of delivery. *BMJ*. 2008;336(7658):1410-1412.
18. Martin-Moreno J, Alonso P, Claveria A, Gorgojo L, Peiro S. Spain: a decentralised health system in constant flux. *BMJ*. 2009;338: 863-866.
19. Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Ley 16/2003 de 28 de mayo. Boletín Oficial del Estado, nº 128, (29/05/2003).
20. Real Decreto-ley de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. Real Decreto-ley 16/2012 de 20 de abril. Boletín Oficial del Estado, nº 98, (24/04/2012).
21. Greer S. Devolution and divergence in UK health policies. *BMJ*. 2008;337: 616-620.
22. Steel D, Cylus J. United Kingdom (Scotland): Health system review. *Health Systems in Transition*. 1ª ed. Cylus J, editor. Copenhagen: WHO Regional Office For Europe; 2012.
23. Longley M, Riley N, Davies P, Hernández-Quevedo C. United Kingdom (Wales): Health system review. *Health Systems in Transition*. 1ª ed. Hernández-Quevedo C, Thomson S, editores. Copenhagen: WHO Regional Office For Europe; 2012.
24. Aboal-Viñas J. Salud pública y sistema sanitario. Informe SESPAS 2010. *Gaceta Sanitaria*. 2010;24:12-18.
25. Ingleby D, McKee M, Mladovsky P, Rechel B. How the NHS measures up to other health systems. *BMJ*. 2012;344: 79-84.
26. Delamothe T. Universality, equity, and quality of care. *BMJ*. 2008;336(7656):1278-1281.
27. Woolhandler S, Himmelstein D. Competition in a publicly funded healthcare system. *BMJ*. 2007;335(7630):1126-1129.
28. Cantero Martínez J. A vueltas con el Real Decreto-ley 16/2012 y sus medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud. *Gaceta Sanitaria*. 2014;28(5):351-353.
29. Legido-Quigley H, Otero L, Parra D, Alvarez-Dardet C, Martin-Moreno J, McKee M. Will austerity cuts dismantle the Spanish healthcare system? *BMJ*. 2013;346: 363-368.
30. Hernansanz Iglesias F, Clavería Fontán A, Gervas Camacho J, Márquez Calderón M, Alvarez-Dardet C. El futuro del Sistema Nacional de Salud y su piedra angular, la atención primaria. Informe SESPAS 2012. *Gaceta Sanitaria*. 2012;26:3-5.

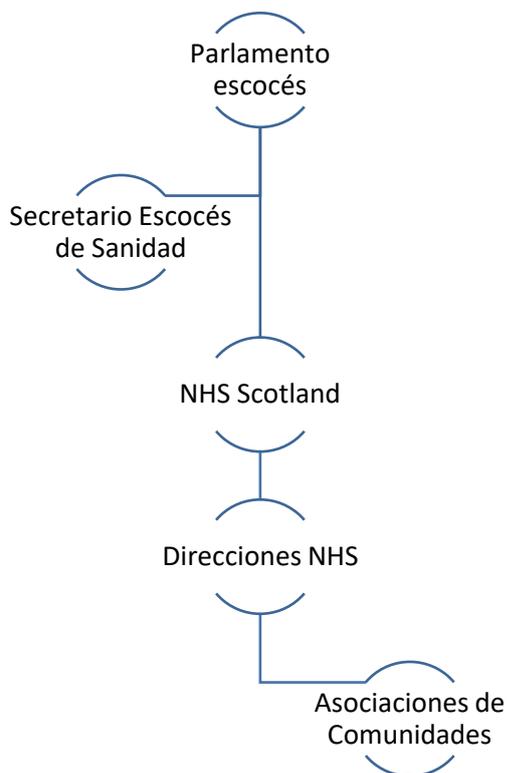


## ANEXOS

### 1. Representación esquemática de la organización sanitaria en Inglaterra.



### 2. Organigrama de gestión en Escocia.



3. Organigrama de gestión sanitaria en España. Extraído de: García-Armesto S, Abadía-Taira MB, Durán A, Hernández-Quevedo C, Bernal-Delgado E. Spain: Health system review. Health Systems in Transition. 1ª ed. Hernández-Quevedo C, Mossialos E, editores. Copenhage: WHO Regional Office For Europe; 2010.

