

EL RÉGIMEN DE EXCLUSIVIDAD DEL PERSONAL MÉDICO EN LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA EN EL CONTEXTO DE LA UNIÓN EUROPEA *

Sagrario Pérez Castellanos
Asesora Parlamentaria. Congreso de los Diputados

Encuentro que la medicina es el oficio mejor pagado, puesto que se haga bien o se haga mal, siempre se paga lo mismo...."

“Je trouve que la médecine est le métier le meilleur de tous; car, soit qu'on fasse bien ou soit qu'on fasse mal, on est toujours payé de même sorte...”

Molière, *El Médico a palos*

INTRODUCCION

El tema objeto de esta ponencia está íntimamente vinculado a un concepto, el de “servicios socia/es’ Se trata de tomar en consideración los pronunciamientos que organismos internacionales, tanto de carácter profesional como transversal, han realizado en relación con las remuneraciones de los servicios de asistencia médica en los sistemas nacionales de salud, como paso previos a la descripción de la situación en países de nuestro entorno europeo.

Principios de la AMM sobre la prestación de atención médica en cualquier sistema nacional de salud

La Asociación Médica Mundial (AMM) ha establecido una serie de principios sobre la consideración que la atención médica merece en cualquier sistema nacional de salud:

- Debe garantizarse la **independencia** moral, profesional y **económica** del médico.
- Cuando la **remuneración** de los servicios médicos en cualquier sistema nacional de atención de la salud no ha sido estipulada por acuerdo directo entre el paciente y el médico, la **autoridad** encargada de la **remuneración** debe compensar adecuadamente al médico.

* Ponencia presentada en el XVII Congreso “Derecho y Salud”, celebrado en Pamplona en noviembre de 2008

- La remuneración de los servicios médicos debe tomar en consideración **los servicios prestados** y no debe ser determinada solamente por la posición financiera del organismo encargado del pago, o conformarse a decisiones unilaterales del gobierno: ella debe ser aceptable para el grupo que representa a la profesión médica.
- La **revisión** de los servicios médicos con el propósito de garantizar la calidad, o la utilización de los servicios, tanto en cuanto a la cantidad como al costo, deben ser realizadas **solamente por médicos** y se deben medir según las normas locales o regionales y no según las normas nacionales.

Recomendación de la Organización Internacional de Trabajo (OIT) sobre la Asistencia Médica

En Filadelfia (1944), la OIT emitió una recomendación sobre las condiciones de trabajo y situación de los médicos y de los miembros de profesiones afines que recoge:

- Las **condiciones de trabajo de los médicos** y de los miembros de las profesiones afines que colaboren con el servicio deberían **tender a alejar** del médico u otro colaborador **cualquier preocupación de orden económico**, garantizándole ingresos suficientes durante los períodos de trabajo, vacaciones, enfermedad y retiro y garantizando pensiones a sus supervivientes, sin limitar su discreción profesional, a no ser mediante la vigilancia profesional, y no deberían desviar la atención del médico u otro colaborador del mantenimiento y mejoría de la salud de los beneficiarios.
- Sería **conveniente que los médicos generales, especialistas y dentistas** que trabajen para un servicio de asistencia médica que ampare a toda o a una gran parte de la población **fuesen empleados con sueldo por tiempo completo**, con garantías suficientes en materia de vacaciones, enfermedad, vejez y muerte, a condición de que la profesión

médica esté adecuadamente representada en el organismo que los emplee.

- Cuando **los médicos generales o los dentistas dedicados a la práctica privada** de la profesión trabajen **parte del tiempo en un servicio de asistencia** médica que cuente con un número suficientemente elevado de beneficiarios, sería conveniente pagarles una **suma básica fija**, por año, otorgándoles garantías suficientes en materia de vacaciones, enfermedad, vejez y muerte. Esta suma podrá aumentarse, si se considerase conveniente, con honorarios fijos por cada persona o familia confiada a la asistencia del médico o dentista.
- Cuando los especialistas dedicados a la práctica privada de la profesión trabajen parte del tiempo en un servicio de asistencia médica que cuente con un número considerable de beneficiarios, sería conveniente remunerarlos **con una suma proporcional a las horas de trabajo consagradas al servicio** (salario por tiempo parcial).
- Cuando los médicos y dentistas dedicados a la práctica privada de la profesión trabajen parte del tiempo en un servicio de asistencia médica que no cuente sino con un pequeño número de beneficiarios, sería conveniente remunerarlos **por los servicios efectuados**.

UNIÓN EUROPEA

La asistencia a la salud ha venido recogiendo en los Tratados de la Unión. En este apartado se expresan los dos Tratados más importantes actualmente porque uno aún está en vigor (TCC) y otro está en vías de aprobación (TL)

- TRATADO CONSTITUTIVO DE LA COMUNIDAD EUROPEA (TCC)

Art 152

La acción comunitaria en el ámbito de la salud pública respetará plenamente las responsabilidades de

los Estados miembros en materia de organización y suministro de servicios sanitarios y asistencia médica.

- TRATADO DE LISBOA (TL)

Art 127

La acción de la Unión en el ámbito de la salud pública respetará las responsabilidades de los Estados miembros por lo que respecta a la definición de su política de salud, así como a la organización y prestación de servicios sanitarios y atención médica. Las responsabilidades de los Estados miembros incluyen la gestión de los servicios de salud y de atención médica, así como la asignación de los recursos que se destinan a dichos servicios...

PERSPECTIVA EUROPEA

Actualmente la Comisión está trabajando en un **Libro Verde**, sobre los profesionales de la salud en la UE como reflexión sobre la planificación y disponibilidad de los recursos humanos en el sector sanitario y sobre las repercusiones de la movilidad del personal sanitario tanto en cada Estado miembro como a escala de la UE.

Por otra parte se ha lanzado un **Proyecto UE, piloto**, sobre la **Nueva situación del empleo en el sector de la salud**: Buenas prácticas para mejorar la formación profesional y las cualificaciones del personal sanitario y su remuneración Decisión 2008/773/CE con los siguientes objetivos políticos: la autoridad presupuestaria pide a la Comisión que use los créditos disponibles (con cargo a la línea presupuestaria 04 04 11) para financiar iniciativas que contribuyan a abordar la nueva situación de empleo en el sector sanitario, especialmente por lo que respecta a las cualificaciones profesionales y las tareas que llevan a cabo los profesionales de la salud, incluido el personal de enfermería y auxiliar. Dichas medidas comprenden:

- Analizar factores y políticas que permitan abordar mejor la necesidad de medidas para aumentar la oferta y mejorar la cualificación del personal sanitario a largo plazo,
- Fomentar políticas de intercambio y prácticas adecuadas para hacer frente al incremento de la

demanda asistencial debido al cambio demográfico,

- Financiar iniciativas para estudiar las repercusiones de la movilidad transfronteriza en los servicios de asistencia sanitaria,

Prestar atención a los efectos de los niveles de remuneración diferentes que puedan surgir en este contexto, mediante estudios, reuniones con expertos y una campaña de información. Asimismo ha de encontrarse una solución para mantener el nivel asistencial de los sistemas sanitarios nacionales.

Las tareas del proyecto coinciden con el Libro Verde sobre los profesionales de la salud en la UE, previsto por la Comisión, con el que se abrirá un proceso de reflexión sobre la planificación y disponibilidad de los recursos humanos en el sector sanitario y sobre las repercusiones de la movilidad del personal sanitario tanto en cada Estado miembro como a escala de la UE.

CRITERIOS DE SELECCIÓN DE PAÍSES

A los efectos de la comparativa, se han tenido en cuenta los siguientes criterios de selección:

- Que los países pertenecieran a la zona euro
- Que dispusieran de una conformación territorial, referida a la organización administrativa, similar a la de España.
- Que la asistencia sanitaria cuente con garantía de financiación pública.

En este sentido se han seleccionado para realizar la comparativa los siguientes países: Alemania, Francia, Italia, Bélgica. Además se ha añadido el Reino Unido porque, aún no cumpliendo todos los criterios de selección fijados, el sistema nacional de salud está muy desarrollado y a él se recurre a la hora de evaluar o comparar otros modelos.

ALEMANIA

Es uno de los Sistemas considerados de los más coste efectivos (por delante de Canadá y EEUU).

Algunas de sus características son:

a) La cobertura se basa en cotizaciones de los trabajadores a la Seguridad Social. Los ciudadanos con más renta pueden acceder al sistema de seguros de salud privado pero bajo determinadas condiciones.

b) Las decisiones en materia de financiación de las prestaciones se toman de forma compartida entre los Landers (Gobiernos regionales), el Gobierno federal y las organizaciones profesionales y mutuas.

A nivel federal, se fijan los precios y estándares y, a nivel regional, negocian el control y las sanciones.

c) Se asegura un mismo nivel de calidad asistencial porque son los mismos hospitales los que atienden pacientes públicos y privados, aunque algunos hospitales cuentan con áreas para uso exclusivo por pacientes privados.

d) Las listas de espera, salvo en casos puntuales, no existen.

e) Los médicos pueden trabajar en la práctica privada o en hospitales. Los que trabajan en hospitales son empleados del propio hospital, el resto trabaja como autónomo.

Algunos de estos autónomos trabajan con hospitales de referencia, en los que tienen algunas camas reservadas para sus propios pacientes.

Desde 2003 se viene produciendo una periódica congelación de salarios para la contención de costes. También hay una legislación estatal que impone limitaciones muy estrictas en los gastos hospitalarios y sobre la actividad de prescripción farmacológica (tipo y número), lo que está provocando que, con cierta frecuencia, se produzca el éxodo de médicos buscando mejores oportunidades salariales o situaciones de fraude, como los recientes escándalos sobre facturación de actos no realizados, o casos de mala praxis.

Se han producido situaciones de deuda, e incluso insolvencia, que han repercutido en la provisión de servicios sanitarios.

FRANCIA

Se trata de un sistema de cobertura basado en las cotizaciones a la seguridad social y que es gestionado por mutuas (fondos aseguradores).

El nivel de atención primaria (AP) no es de provisión pública sino que lo proporcionan facultativos en ejercicio privado o libre.

Los médicos en ejercicio libre son remunerados por servicio. Uno de los problemas que resultan más recurrentes en Francia es cómo incentivar el trabajo de estos profesionales. Se ha intentado elaborar un marco general para la remuneración de sus servicios. La mayoría trabajan bajo un acuerdo entre los asegurados y los fondos aseguradores. El método de pago y la cantidad que reciben deberían ser conformes a estos acuerdos o a las condiciones contractuales mínimas que el gobierno establece en ausencia de este tipo de acuerdos.

Estos acuerdos tienen una validez de 4 o 5 años. Desde 1998 hay dos acuerdos: Uno para los médicos generales y otro para los especialistas, aunque el método de pago es el mismo para ambos tipos de acuerdos. En estos acuerdos se marca un objetivo a cumplir, por encima del cual no pueden incrementarse las tarifaciones. En caso de que los techos anuales individuales se superen, deben reintegrarse las partes proporcionales a los fondos aseguradores.

Puesto que a los médicos en ejercicio libre se les paga por servicio, sus ingresos dependerán del número, tipo y precio de los mismos.

Recientemente se han reformado los acuerdos y se han establecido tres niveles:

- El primero establece reglas comunes para todos los colectivos profesionales.
- El segundo establece cláusulas especiales para cada colectivo profesional.
- Si un colectivo profesional no firma el acuerdo, el tercer nivel permitirá a los fondos aseguradores de salud establecer contratos con los profesionales particulares para el desarrollo de programas públicos por los que recibirán emolumentos adicionales.

Los profesionales sanitarios no pueden aplicar los precios de forma libre, deben aplicar los costes oficiales marcados en los acuerdos, sin embargo hay excepciones para los que solicitan la posibilidad de sobrepasar estas cantidades de forma estable o en casos excepcionales. Hay una comisión responsable de revisar estas tarifas oficiales. La tarificación se basa en la actividad que debe realizar el profesional, por ejemplo, visita en consulta o domiciliaria, servicios de urgencia,...

Desde 2002 los acuerdos se centran en buenas prácticas para combatir el aumento de los costes sanitarios (visitas de control visitas a domicilio, prescripciones farmacéuticas,...) Se establecen los *médicos de referencia* que son los que se utilizan como ejemplo de buenas prácticas y reciben una suma adicional al año de los fondos aseguradores.

Para el ejercicio de la Medicina Hospitalaria se precisa estar en posesión de una titulación específica y el sistema de acceso es por concurso. Se trata de un ejercicio asalariado a tiempo completo o a tiempo parcial. También existen los médicos de enseñanza universitaria.

Hay puestos de cobertura prioritaria, que son las especialidades de que mayor dificultad en su provisión. El Ministro de salud, junto con los directores de las agencias regionales de hospitalización, establece una lista de este tipo de puestos. Las vacantes se publican y los médicos hospitalarios que son nombrados para estos puestos firman un contrato con la dirección del hospital por cinco años, por una sola vez. Estos puestos cuentan con un sistema de retribución especial, y también les beneficia en su carrera profesional, otorgándoles el avance de un nivel (para el que normalmente se requieren dos años) y de 5 días más de vacaciones para formación que en otros puestos.

Un médico hospitalario, puede trabajar en varios hospitales tanto públicos como concertados, si así se recoge en su acuerdo o contrato con el centro hospitalario. Las modalidades de reparto de su tiempo de actividad y la fracción de emolumentos se deciden por un comité integrado por las direcciones médicas de cada establecimiento donde solicita ejercer.

Sin embargo, está prohibido que mantengan intereses propios o por cuenta ajena que pueda comprometer su independencia, especialmente la posesión de una consulta particular, una oficina de farmacia, un laboratorio privado o cualquier otra actividad privada en cualquier establecimiento sanitario privado. Por lo tanto, no le está permitido el ejercicio de su actividad médica en una sociedad médica privada.

Los médicos hospitalarios pueden recibir emolumentos privados en los siguientes casos:

- a) Producción de trabajos científicos, obras literarias o artísticas.
- b) Actividades consideradas de interés general, uno o dos medias jornadas a la semana.
- c) Actividades de enseñanza y de investigación en calidad de asociado a media jornada.
- d) Actividades de formación de mutualistas
- e) Actividades de peritaje para organismos públicos o privados,

Los médicos hospitalarios tienen condiciones laborales similares a las de los funcionarios. Sus remuneraciones dependen de la categoría:

- Médicos de hospitales universitarios cobran, casi a partes iguales, por la universidad y el hospital, en función de sus responsabilidades. El nivel de retribuciones se corresponde con el grado y antigüedad.
- Médicos hospitalarios a tiempo parcial o completo, reciben su salario de acuerdo con su antigüedad y el tiempo de trabajo y reciben pago por guardias.
- Médicos agregados (externos) que trabajan en hospitales de forma intermitente que son retribuidos mensualmente de forma proporcional a las sesiones que ellos realizan, y lo mismo por las guardias.

Es decir, los médicos pueden recibir sus remuneraciones de numerosas estructuras: colectividades territoriales, organismos estatales y públicos, organismos de investigación o empresas.

A los médicos hospitalarios se les autoriza a la práctica privada dentro del hospital. Los servicios los cobra el hospital que transfiere al médico la parte que

le corresponde, una vez descontados los gastos de administración.

Los médicos hospitalarios, a tiempo parcial, pueden tener consulta privada en el hospital en el que ejercen o por cuenta propia. Así mismo pueden ejercer otra actividad asalariada, fuera del hospital. En ningún caso, su actividad pública puede ser usada para la captación de clientes propios. Los médicos de práctica libre son remunerados por acto.

Para ser médico hospitalario a tiempo parcial hay que tener un mínimo de tres años de servicio efectivo en el mismo servicio hospitalario salvo derogación excepcional. Suelen ser médicos hospitalarios a tiempo completo que llevan 3 años en el mismo servicio.

ITALIA

Cuenta con un SNS de titularidad pública con niveles de atención primaria y secundaria (especializada). El organismo pagador depende del SNS. Hay un diferente sistema de pago según el nivel (primaria o secundaria)

La estructura de pagos de los médicos depende del sector del SNS que trabajen.

Los médicos generales y los pediatras que trabajan en el nivel de atención primaria del sistema de salud nacional, son retribuidos en base mayoritariamente capitativa. Pueden trabajar a tiempo completo o parcial y el sistema capitativo se puede complementar con algunas retribuciones, acordadas a nivel nacional, de las unidades sanitarias locales por la provisión de cuidados programados para determinados pacientes, como el cuidado domiciliario de enfermos crónicos, discapacitados,... Además pueden complementar sus ingresos con consultas privadas, siempre y cuando no interfieran su actividad pública.

Los niveles de pago, obligaciones y responsabilidades se determinan por acuerdo colectivo, cada 3 años, por consulta entre el Gobierno central y las asociaciones profesionales. En el acuerdo también se fijan el máximo de pacientes que cada facultativo puede tener atribuido (1500 para los generalistas y 800 para los pediatras a tiempo completo y 500/400 para los a tiempo parcial). Estas cifras se pueden ver

reducidas si se dedican más de 5 h a la semana a la actividad privada (37,5 pacientes por cada hora adicional).

No obstante, todavía coexisten ratios superiores derivados de leyes previas.

A partir de 1999, las guardias médicas son realizadas por cualquier generalista, de forma que hay servicio médico en régimen 24h/7 días y existen incentivos al asociacionismo. Desde esta misma fecha y con el objeto de reducir los costes sanitarios se crearon incentivos divididos en tres partes: fija, variable y adicional.

La parte fija se determina en base capítativa. La variable se calcula por servicios y la adicional, a modo de recompensa, en razón del coste efectividad, calculando una proporción de la diferencia positiva entre lo esperado y el coste realmente efectuado, incluyendo los medicamentos, las pruebas laboratorios, los tratamientos prescritos... Las partes fija y variable son determinadas a nivel nacional pero cada región decide si aplicar los gastos presupuestados o calcularlos por sí misma. El histórico de gasto, las características demográficas y los indicadores epidemiológicos son propuestos como variables para estimar el gasto esperado. Para los pediatras la parte fija es más alta porque se les asignan menos pacientes.

Los médicos de nivel especializado son retribuidos mediante salario mensual, basado en cumplimiento objetivos y responsabilidades desempeñadas. En 1992 se llevó a cabo una gran reforma en la estructura de personal de los hospitales reemplazando algunas profesiones por facultativos de primer y segundo nivel. Todo nuevo facultativo comienza en el primer nivel, desempeñando obligaciones de apoyo y cooperación definidas por el médico jefe de unidad.

Los facultativos del segundo nivel generalmente tienen obligaciones relacionadas con la organización y la gestión del hospital. Además colaboran en la elección de la terapia, el diagnóstico y los tratamientos preventivos para los pacientes.

Los salarios son pagados por el hospital, siguiendo una estructura jerárquica en los dos niveles, que deben hacer guardias de noche y fin de semana. El salario incluye guardias noche y localizadas festivos

Les está permitida la atención a pacientes privados, en el mismo hospital, en régimen de pago por servicio y entregando parte del beneficio al hospital. El hospital está obligado a reservar del 6-12% camas para estas actividades.

Los puestos directivos de gestión están reservados a los médicos en régimen de "exclusividad".

REINO UNIDO

Cuenta con una atención primaria muy desarrollada con médicos generales y personal asociado como parte del SNS. El principal empleador de médicos es el Sistema Nacional de Salud.

El nivel de cobertura de la población es del 99% y se proveen servicios 24 h.

Hay libre elección de médico pero dentro del área.

Los médicos generales son los que realizan la derivación a los especialistas (función de puerta de entrada).

Hay un comité que revisa, controla y difunde las prácticas médicas.

Desde 1990 se ha tratado de incrementar el papel de los médicos generales en materia de salud pública, ofreciendo incentivos económicos por logros de inmunización o despitaje de enfermedades. Así mismo se han introducido sistemas de pago a modo de contrato por objetivos.

Los contratos de los médicos generales son negociados a nivel nacional, entre las organizaciones representantes y el Gobierno.

El sistema de retribución actual es mixto, con una parte fija, otra capítativa y otra variable por determinados servicios. Los médicos generales actúan como autónomos a la hora de contratar con el SNS. Las cuantías son revisadas anualmente, por un Organismo que integra a médicos y dentistas y que elabora recomendaciones para el gobierno. Por lo tanto, los médicos generales no reciben un salario como tal pero son retribuidos a través de un sistema diseñado para el crecimiento progresivo de ingresos de la media de generalistas. Los elementos básicos del sistema

son la capitación que se pagan anualmente en función de la lista de pacientes, que supone la mitad de los ingresos del médico y que actúa como elemento de evaluación de calidad, al tener que atraer y fidelizar pacientes; le siguen las “concesiones” que incluye las básicas por las que se reconocen los gastos mínimos para la práctica del servicio, pagos por participación y logro de objetivos en programas de salud nacionales, individuales o comunitarios y pagos por servicios concretos y específicos.

A partir de 1997, se introdujeron los *Servicios Médicos Piloto*, que permiten el contrato directo de las autoridades sanitarias con los médicos generales sobre la base de una dimensión mucho más local y que permiten explorar nuevos sistemas de retribución de los médicos generales, especialmente en una evolución hacia el asalariado.

Hay muy poca actividad privada entre los médicos generalistas (unos 200 en todo el país, mayoritariamente en Londres). Las principales causas son que no les está permitido atender privadamente a los pacientes de cupo, ni prescribir con recetas del NHS y hay muy pocas aseguradoras que cubran los cuidados primarios.

Por el contrario, los médicos hospitalarios son empleados directamente por el SNS, bajo un marco de salarios. Las escalas de salarios son determinadas por el Gobierno anualmente tendiendo en cuenta las recomendaciones del Organismo de revisión antes mencionado. A algunos especialistas (por ejemplo, los seniors) se les permite un extra, de hasta el 10% de sus ingresos, por ejercicio de la medicina privada.

A los especialistas a tiempo parcial se les permite el ejercicio privado sin restricción sobre los ingresos a condición de la renuncia al sueldo correspondiente a un día a la semana. Esto ha provocado un extenso debate en UK sobre los efectos perversos de la combinación de ingresos privados y del SNS, especialmente por la tendencia a reducir el trabajo en el sistema público. Sin embargo, la evidencia de que esto ocurra o esté ocurriendo es bastante baja.

Además de las retribuciones básicas, existe un sistema de reconocimiento de especialistas selectos, bajo un sistema de evaluación por pares. Este sistema

puede suponer un gran aumento de los ingresos pero se ha visto muy criticado por estar basado en la actividad científica y mucho menos en la actividad clínica.

De hecho, todo el sistema está en proceso de revisión.

BÉLGICA

La mayoría de los médicos generales son proveedores privados, ya que no se les permite trabajar en los hospitales salvo que trabajen en unidades de maternidad.

No existe un sistema de referencia y los ciudadanos tienen libre elección de médico general y especialista, pudiendo este convertirse en el primer contacto con el sistema sanitario.

El mecanismo de financiación hospitalaria es el mismo para los establecimientos públicos y privados, aunque los primeros tienen unas reglas más estrictas y sus déficit son cubiertos de inmediato por las autoridades locales, únicas o con carácter comarcal, a través de sus impuestos.

La financiación está cubierta por dos sistemas que coexisten: los administrativos y de atención no médica, basada en las cuotas mutualistas por día y paciente y los servicios médicos que son abonados en un sistema de facturación libre. El paciente debe solicitar el reembolso, fijado por módulos estatales, a la mutua a la que esté afiliado.

La mayoría de los médicos, por tanto, reciben pagos directos del paciente por sus servicios.

Menos de 1% de los médicos son asalariados. La mayoría de estos trabaja en esquemas de cuidados médicos integrados, de su propiedad y gestionados por ellos mismos, que cobran del Estado en base caritativa.

El resto trabaja en servicios de salud pública o social, generalmente en hospitales universitarios.

Los especialistas abonan un porcentaje de su facturación al hospital en compensación por el uso del espacio, equipos, ayudantes y otros servicios comunes.

Se trata de acuerdos personales influidos por el número de especialistas, la capacidad del hospital, su reputación, la del profesional,...

Además existe un fondo de facturación común que se reparte entre todos los médicos del hospital, mensualmente.

El montante de las cargas al paciente son el producto de la negociación del Comité Nacional de Mutuas y Doctores, que se revisa cada dos años, y que debe ser ratificado por el Ministerio de Asuntos Sociales. Sólo entra en vigor si hay un % alto de facultativos que lo aceptan. Los que lo aceptan pasan a calificarse como “adheridos” y se comprometen a respetar los precios, aunque se les puede autorizar a excederlos, dependiendo de el tiempo o sitio de la consulta o el estatus económico del paciente. Incluso pueden firmar una “adhesión” limitada a tiempos y lugares.

Con este sistema se trata de reducir la competencia por precios, ya que se pactan lo mínimos para evitar que haya bajas temerarias. Sin embargo, no existe límite para el cobro por encima de lo convenido.

BIBLIOGRAFIA

- Department of Health (United Kingdom):
<http://www.dh.gov.uk/en/index.htm>
- European Observatory on Health Systems and Policies. *HiT country profiles*:
<http://www.euro.who.int/observatory>
- Federal Ministry for Health (Germany):
<http://www.bmg.bund.de>
- Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative:
<http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr>
- Ministero Della salute:
<http://www.ministerosalute.it>
- Portal de la santé en Belgique:
<https://portal.health.fgov.be/>