
La burbuja competencial

Elena Arias Menéndez

*Directora gerente del Servicio de Salud
del Principado de Asturias (SESPA). Oviedo.*

El Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española define así la acepción de “burbuja”: “glóbulo de aire u otro gas que se forma en el interior de algún líquido y sale a la superficie”. Se ha venido aplicando a la “crisis del ladrillo” (entre otras), bajo la denominación de “burbuja inmobiliaria”.

El desarrollo de la Ley General de Sanidad¹ (LGS), de 1986, la culminación del proceso de transferencias a partir de 2002, y el panorama crítico que ahora se nos presenta, ¿tienen algo que ver con una posible “burbuja” que ha ido creciendo paulatinamente hasta saltar el muro de contención y salir a la superficie?, ¿o en realidad estamos ante otro de los efectos de una crisis generalizada que afecta al entorno internacional, estatal y autonómico?, ¿ambas cosas a la vez? ¿O necesitamos “hacer” de otro modo? En todo caso, ¿a dónde iremos ir?, ¿cómo actuar?

Una cuestión de principios

Han transcurrido 24 años desde la publicación de la LGS. Su exposición de motivos sustenta la formulación de la ley en los artículos 43 y 49 de la Constitución española (CE): asegurar el cumplimiento del derecho de todos los ciudadanos a la protección de la salud, de lo que se deriva la necesidad de llevar a cabo las prestaciones sanitarias correspondientes en los términos que la propia ley prevé, teniendo en cuenta el papel de las comunidades autónomas, y alertando ya entonces de la conveniencia de ordenar los diferentes procesos atendiendo a las necesidades de la población para evitar que “las dificultades organizativas tradicionales puedan incrementarse, en lugar de resolverse”. El texto legal insiste en que “los beneficios de la autonomía no queden empañados por las necesidades de eficiencia en la gestión”.

La reforma que promueve la LGS se asienta en la creación y desarrollo de un Sistema Nacional de Salud (SNS), que en ningún caso debe resquebrajarse, cuestionarse o romperse como consecuencia de la asunción de competencias por las comunidades autónomas. Dice al respecto la citada ley: “El Sistema Nacional de Salud se concibe, pues, como el conjunto de los servicios de salud de las comunidades autónomas convenientemente coordinados”.

Así, la Ley propugna:

- La integración efectiva de los servicios sanitarios.
- La efectividad del derecho a la salud.
- La equidad.
- La coordinación de las actuaciones públicas, para “mantener el funcionamiento de los servicios públicos sobre mínimos uniformes y, en fin, lograr una efectiva planificación sanitaria que mejore tanto los servicios como sus prestaciones”.

La lectura detenida de la Exposición de Motivos de la LGS ilustra, en gran medida, la voluntad del Ejecutivo y del legislador: poner en marcha y desarrollar un SNS cuyos principios generales podemos leer en el artículo tres: promoción, prevención,

universalidad, igualdad efectiva, y superación de desequilibrios territoriales y sociales. El artículo siete también expresa que los servicios sanitarios “adecuarán su organización y funcionamiento a los principios de eficacia, celeridad, economía y flexibilidad”.

Parece, por consiguiente, que cualesquiera que sean los modelos o fórmulas de gestión, estarán en todo caso al servicio del sistema, y no viceversa. El mecanismo fundamental de financiación se articula a través de los Presupuestos Generales del Estado; la utilización de los impuestos para garantizar la financiación y mantenimiento del SNS permite transparentar la solidaridad de la ciudadanía, realizando las prestaciones a quienes las necesitan, con independencia de su nivel de renta.

El SNS es una cuestión de principios: de equidad, universalidad, accesibilidad, solidaridad... Podemos cambiar nuestra forma de hacer; no podemos cambiar nuestros principios, porque entonces estaríamos ante otro sistema, que no es el propugnado por la LGS, en vigor.

Estos principios generales se plasman en un desempeño profesional bien valorado por la ciudadanía, tal

	TOTAL	COMUNIDAD AUTÓNOMA					
		Andalucía	Aragón	Asturias	Baleares	Canarias	Cantabria
En general, el Sistema Sanitario funciona bastante bien	21,2	15,7	25,7	50,2	27,3	8,9	23,7
El Sistema Sanitario funciona bien, pero necesita cambios	48,0	54,0	53,4	34,2	48,6	38,0	42,3
El Sistema Sanitario necesita cambios fundamentales	25,3	25,3	17,7	13,1	20,6	41,1	24,2
El Sistema Sanitario está tan mal que necesitamos rehacerlo	4,7	4,3	3,2	2,4	3,2	11,7	6,6
N.S.	,6	,6	,0	,0	,3	,3	2,8
N.C.	,2	,1	,0	,0	,0	,0	,4
(N)	(7752)	(1340)	(227)	(196)	(175)	(343)	(101)

Tabla 1. Evaluación sistema sanitario. Barómetro 2009.

como refleja el último barómetro publicado (2009)². No obstante, el 48% de los encuestados (en cómputo global) entiende que es preciso acometer cambios para avanzar en la calidad del sistema sanitario, en todo caso sin erosionar el sistema del que nos hemos dotado (tabla 1).

Si analizásemos la relación entre actividad, satisfacción y gasto sanitario durante un período determinado, una primera mirada podría conducirnos a concluir que los incrementos de productividad son discretos en comparación con el gasto sanitario (vid. Elola: *Futuro del sistema sanitario público del Principado de Asturias*³), lo que no significa que deba ponerse en

tela de juicio el sistema. Sin embargo, un derecho esencial como es el recogido en la CE, tan complejo y en el que influyen múltiples factores, en modo alguno puede “despacharse” con una visión reduccionista o esquemática; tampoco debemos caer en la tentación de aprovechar una situación conculsa para abolir derechos que con tanto esfuerzo la sociedad española alcanzó consiguiendo publicar nuestra LGS en 1986.

Desde hace dos años venimos asistiendo a una vertiginosa sucesión de catástrofes financieras, atribuibles en buena medida a los “mercados” (como probablemente diría Juan José Millás: ¿qué rayos querrán decir los merca-

dos?), que por lo que al SNS se refiere se traduce en que si se tambalean las estructuras del Estado de bienestar, se tambaleará (y caerá) nuestro SNS. Crece el pesimismo; parece que estamos abocados a renunciar a un derecho constitucional como es recibir las prestaciones que necesitamos para promover la salud, prevenir las enfermedades, garantizar una asistencia universal en condiciones de igualdad efectiva (en el tratamiento, en el acceso), sin discriminación alguna, incluido el nivel de renta.

Va calando en el sistema la necesidad de promover ajustes, pero ¿ajustes en los principios? Si así fuese, quienes forman parte del numerosísimo colectivo que no comparte este criterio están obligados a proponer alternativas que permitan mantener y mejorar nuestro SNS.

Coordinación, cohesión, igualdad y equidad

El artículo 47 de la LGS establece la creación del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS), como “órgano permanente de comunicación e información de los distintos Servicios de Salud (...), y coordinará, entre otros aspectos,

las líneas básicas de la política de adquisiciones, contrataciones de productos farmacéuticos, sanitarios y de otros bienes y servicios, así como los principios básicos de la política de personal. Se le atribuyen también funciones en materia de planificación y coordinación; cabe la constitución de comisiones y comités técnicos (Farmacia, Salud Pública, aseguramiento, contra la violencia de género, trasplantes, sistemas de información...). Asimismo, las Comunidades Autónomas elaborarán su Plan de Salud, acorde con los “criterios generales de coordinación aprobados por el Gobierno” (art. 54 de la LGS).

En un intento de garantizar la coordinación, la LGS formula también el funcionamiento general de las áreas de salud e indica el artículo 57 que las áreas de salud contarán como mínimo con Consejo de Salud de Área, Consejo de Dirección de Área y Gerente de Área.

Diecisiete años después de la promulgación de la LGS se publica la Ley 16/2003⁴, de cohesión y calidad del SNS (Ley de Cohesión). Interesa destacar que la exposición de motivos de esta ley introduce los siguientes elementos de reflexión: “La experiencia en coordinación sanitaria des-

de la aprobación de la LGS hace necesaria la búsqueda de un nuevo modelo (...) que ofrezca nuevos instrumentos que permitan a los ciudadanos recibir un servicio sanitario público de calidad y en condiciones de igualdad efectiva en el acceso, independientemente del lugar de su residencia”. “La primera aportación de la Ley al nuevo modelo es la definición de aquellos ámbitos en que es precisa la colaboración entre el Estado y las Comunidades Autónomas”. Esta Ley se centra en prestaciones, farmacia, profesionales, investigación, sistema de información y calidad, ofreciendo mecanismos de cooperación y coordinación.

El objeto de la Ley de Cohesión se define en su artículo 1.º: “Establecer el marco legal para las acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones públicas sanitarias, en el ejercicio de sus respectivas competencias, de modo que se garantice la equidad, la calidad y la participación social (...), así como la colaboración activa (del SNS), en la reducción de las desigualdades en salud”.

El propio Tribunal Constitucional, en sentencias previas a la Ley de Cohesión, interpretó la coordi-

nación como una “función instrumental consistente en fijar medios, sistemas y procedimientos de relación entre las CC. AA. que hagan posible, sobre la base de la información recíproca y actividad conjunta, la integración del sistema sanitario desde la diversidad de las acciones de las distintas CC. AA.”

Pues bien, parece que el camino recorrido desde 1986 hasta 2003 (transferencias incluidas) no ha contribuido garantizar el cumplimiento de los principios más arriba expresados. Es necesaria una nueva ley. Han transcurrido siete años; las diferencias entre CC. AA. han aumentado.

Quizás sea de interés destacar el apartado de la Ley de Cohesión relativo a la denominada Comisión de Recursos Humanos y a la necesidad de “cooperación con las Comunidades Autónomas”, de contar con un “sistema de información de recursos humanos, reflejado en el Sistema de Información Sanitaria del SNS...”. Si existe algún ejemplo paradigmático de la inoperancia de este apartado, se concreta decisivamente en la política general de recursos humanos y la no coordinación entre CC. AA. A duras penas podemos obtener algún tipo de información

más o menos asimétrica; considerar la posibilidad de disponer de sistemas de información compartidos y políticas generales homogéneas entra dentro del terreno de la utopía.

La Ley de Cohesión crea órganos, como la Agencia de Evaluación de Tecnologías, la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, la Comisión de Recursos Humanos, etc. Se mantiene como “órgano básico de cohesión” el Consejo Interterritorial. Los resultados no son, sin embargo, alentadores.

Sirvan dos ejemplos para ilustrar las dificultades para llevar a la práctica esta coordinación y cohesión en materia de personal (tablas 2 y 3):

Todo ello a pesar de la publicación de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias⁵ (2003), Estatuto marco del personal estatutario⁶ (2003) y Estatuto Básico del Empleado Público⁷ (2007).

La solidaridad es un principio, pero no se refleja en los actos. Parece que pretendemos mantener la cohesión y la coordinación (claves en un SNS); sin embargo, la proliferación de órganos, entes, observatorios y agencias no parece conducir a los fines previstos; en palabras de Laura Cabiedes, estamos dando cabida a un sis-

tema en el que “todos recaudan, todos gestionan y todos gastan” en paralelo, enfrentados o, como mínimo, indiferentes. Una cosa es lo que se escribe (o dice) y otra muy diferente lo que al cabo sucede: “hay que coordinarse...”, pero mantenemos estructuras diferenciadas dentro de las propias CC. AA.; “hay que establecer políticas de personal comunes”, pero cada comunidad actúa por su cuenta; “hay que mantener una base común de prestaciones”, pero cada comunidad establece sus prioridades, y un largo (y lamentable), etcétera.

El artículo de Vieta y Badía, “Desigualdades en la financiación de medicamentos entre CC.AA. en España”⁸ (*Medicina Clínica*), puede ser también una muestra de las dificultades para alcanzar los niveles de equidad y cohesión formalmente proclamados. Concluyen los autores que “se observan diferencias entre CC. AA. en la financiación pública de medicamentos considerados de utilidad terapéutica baja, de estilos de vida, de fin preventivo o de salud pública. Estas diferencias pueden tender a incrementarse en los próximos años. No se conoce públicamente el proceso de decisión referido en las CC. AA.

	GRADO I		GRADO II		GRADO III		GRADO IV	
	Ldo.	Dipl.	Ldo.	Dipl.	Ldo.	Dipl.	Ldo.	Dipl.
Asturias	3.130,54	2.086,98	6.261,08	4.174,10	9.330,30	6.220,20	12.399,52	8.266,44
Andalucía	3.192,57	2.075,57	6.386,35	4.151,13	9.579,52	6.226,69	12.772,70	8.302,25
Aragón	3.600,00	2.520,00	7.000,08	4.900,08	10.000,08	6.700,08	12.000,00	8.400,00
Baleares	3.000,00	2.400,00	6.000,00	4.560,00	9.000,00	6.660,00	12.000,00	8.640,00
Canarias	3.318,12	1.273,56	5.308,68	2.547,00	7.299,36	4.138,80	8.626,56	5.836,92
Cantabria	3.000,00	1.850,00	6.000,00	3.550,00	9.000,00	5.550,00	12.000,00	7.425,00
Castilla y León	3.130,68	1.878,38	6.261,22	3.756,76	9.391,76	5.635,14	12.522,30	7.513,38
Castilla La Mancha	3.130,68	2.034,96	6.261,24	4.069,80	9.391,80	6.104,76	12.522,36	8.139,48
Cataluña	4.417,56	2.345,84	8.432,90	4.195,66	12.204,22	5.705,84	15.333,08	8.102,92
Ceuta y Melilla (INGESA)	3.130,56	2.191,39	6.261,13	4.382,79	9.391,69	6.574,18	12.522,25	8.515,13
Extremadura	2.894,62	1.960,61	5.789,24	3.921,22	8.683,86	5.881,83	11.578,48	7.842,44
Galicia	3.257,04	1.875,00	6.450,09	3.750,00	9.580,66	5.625,00	12.649,84	7.500,00
Madrid	4.182,00	2.856,00	7.752,00	5.406,00	10.914,00	8.160,00	13.500,00	10.500,00
Murcia	3.300,00	2.199,96	6.300,00	4.399,92	9.300,00	6.599,98	13.000,00	9.199,92
Navarra	3.041,08	1.289,06	6.082,15	2.578,11	9.123,23	3.868,03	12.164,45	5.156,36
País Vasco	3.193,17	1.889,29	6.386,35	3.784,00	8.515,13	5.045,22	11.708,31	6.934,51
Rioja, La	3.121,00	2.496,96	6.242,40	4.993,92	9.363,60	7.490,88	12.484,80	8.987,84
Valencia	3.192,57	2.057,56	6.386,35	4.151,13	9.579,52	6.226,69	12.772,70	8.302,25

Fuente: coordinación de carrera y desarrollo profesional SESPA.

Tabla 2. Carrera profesional: cuantías según comunidad autónoma.

para aceptar la financiación de un medicamento excluido de la financiación del SNS. Es necesario incorporar las preferencias de la población en la toma de decisiones sobre qué medicamentos adicionales se deben financiar y determinar cómo la inequidad de acceso a los medicamentos repercute en la salud de la población por CC. AA.”

¿Crisis del SNS o crisis que afecta al SNS?

¿Significa cuanto antecede que nuestro SNS está en crisis? ¿Que no podemos sostenerlo? ¿Que hagamos lo que hagamos la “crisis generalizada” nos aboca a una serie de ajustes que probablemente afecten a los pilares del SNS?

Asturias	1.519
Andalucía	1.540
Aragón	1.596
Baleares	1.526
Canarias	1.512
Cantabria	1.533
Castilla y León	1.533
Castilla-La Mancha	1.519
Cataluña	1.599
Extremadura	1.519
Galicia	1.624
Madrid	1.533
Murcia	1.533
Navarra	1.592
País Vasco	1.592
Rioja, La	1.519
Valencia	1.589

Tabla 3. Comparativa jornada anual entre comunidades autónomas.

Llegados a este punto conviene recordar una reflexión de J.R. Repullo acerca del “buen gobierno” de las organizaciones. Me he permitido apropiarme en diversas ocasiones de esta expresión, que me parece sensata y muy necesaria, siempre, y particularmente en momentos tan convulsos como los que estamos viviendo.

Una vez sentadas las bases de la LGS, el camino que se nos ofrece es largo y no exento de dificultades. Prueba de ello es que después de 25 años seguimos todavía pensando en cómo vamos a gestionar la actividad sanitaria integrando o coordinando nive-

les. El desencuentro en esta materia poco o nada tiene que ver con el fenómeno de la “crisis de comienzos de siglo XXI”. Que nos apoyemos en este fenómeno para tratar de avanzar en algunos terrenos organizativos o de gestión es un claro ejemplo de lo que no se puede ni debe hacer. Cualquiera que sea la época que nos toque vivir (de “bonanza” o de “carestía”), la responsabilidad de políticos, gestores y profesionales debe encaminarse a la eficiencia y la búsqueda de la calidad de los servicios que se prestan a la ciudadanía. En el Estado español disponemos de abundante normativa, variedad de modelos, consejos, comisiones, grupos, etc.; sin embargo, la realidad debe sortear constantemente los complejos vericuetos de la burocracia sanitaria, de las administraciones públicas, de los niveles asistenciales, sumando coste y disminuyendo valor (y lo que probablemente sea peor, valores), en lo que se refiere a la prestación efectiva de los servicios sanitarios.

La situación descrita viene a agravarse con el más que evidente cambio de paradigma: de la atención a pacientes diagnosticados de procesos agudos (situación característica de los años sesenta y principios de

los noventa) a la asistencia a una población caracterizada por la aparición de enfermedades crónicas, comorbilidades, patologías neurológicas —entre ellas, el Alzheimer— que precisan otro modelo de organización, gestión y coordinación.

¿Crisis, pues, del SNS? No necesariamente, pero no caben cuidados paliativos: la cirugía debe hacer su aparición, no para llevar a cabo ajustes que deba soportar; una vez más, la ciudadanía, no para desregular las prestaciones, no para “justificar”, la deriva progresiva hacia la privatización de la provisión de los servicios sanitarios; el “buen gobierno”, el rigor, la eficiencia, el respeto a la ciudadanía, la evaluación constante, el ejercicio de una autoridad sanitaria efectiva, son claves para consolidar nuestro SNS.

¿La crisis actual justifica medidas extraordinarias en el SNS? Decididamente no; entiéndase esta expresión como una opinión personal, que no se sustenta en un conocimiento científico técnico exhaustivo de la situación actual. Si hay que abordar ahora medidas extraordinarias, no debemos engañarnos; no parece que se trate de ajustes, sino de desaparición paulatina de un Estado de bienestar que tanto nos ha costado alcanzar en nues-

tro país; probablemente, si en este ámbito (como en otros) se hubieran adoptado medidas menos arriesgadas en materia de “sostenibilidad” (p. ej., en los casos de farmacia y política de personal, por referirnos a cuestiones que no tienen dos o tres años de evolución, sino más de veinte), la situación actual no alcanzaría los niveles de gravedad que parecen de alto nivel.

¿Se ha creado una “burbuja sanitaria”? ¿Las CC. AA. la han puesto en marcha, consciente o inconscientemente? A mi juicio, no. Quizás no se trate de que estemos viviendo “por encima de nuestras posibilidades”, sino de que no hemos sido capaces de cumplir con los mandatos de nuestra LGS en materia de coordinación, integración y cohesión. La necesaria madurez democrática se adquiere con el tiempo; probablemente el nuestro sea todavía escaso.

Si somos capaces de mejorar en el campo de la cohesión, poner en su justo término los avances científico-técnicos y abordar lo que “no vende” políticamente pero indudablemente mejora la salud de la ciudadanía y las arcas públicas: el papel de la salud pública y la medicina de familia en los resultados en salud, es más que seguro que no solamente

el SNS no se tambalee, sino que se sus raíces sean más profundas y contribuyan a darle solidez.

Algunas propuestas

Este artículo no va a incluir un apartado “clásico”: la necesidad de un pacto de Estado. Si hiciésemos una búsqueda en Internet para comprobar el número de veces que tal expresión aparece en los diferentes textos, el resultado probablemente sería desalentador, lo cual no significa que no sea necesario trabajar con rigor para tratar de alcanzarlo. El *Diario Médico* de los días 10 y 11 de junio se hace eco de los trabajos de la Subcomisión del Congreso de los Diputados al respecto. Parece que puede salir adelante la propuesta del Partido Popular de prorrogar sus trabajos hasta el 30 de septiembre. Quizá podamos albergar un moderado optimismo.

Dado que contamos con un número más que suficiente de comisiones, grupos de trabajo, comités de expertos, etc., tampoco parece necesario crear otros nuevos, ampliar el marco normativo, etc. ¿Qué podemos hacer? ¿Tenemos tiempo por delante o debemos resignarnos?

Las propuestas que se mencionan más abajo contienen dos elementos clave: la necesidad de fijar cronograma y de dotar de transparencia al modelo general, garantizando que la ciudadanía conoce, se informa y manifiesta su opinión en torno al SNS y su proyecto de futuro, dado que les afecta directamente.

- Revisar las necesidades asistenciales de comienzos de siglo, para los próximos 10/15 años; responsabilidad del Ministerio de Sanidad y de las comunidades autónomas, utilizando los recursos existentes y estableciendo cronograma. Compromiso público.

- Competencias estatales indelegables y vinculantes: cartera de servicios, política general de recursos humanos (incluyendo la retributiva), evaluación de tecnologías y sistemas de información.

- Análisis de infraestructuras y recursos humanos y materiales, desde la perspectiva de las necesidades asistenciales a corto y medio plazo; cambios que deben producirse; responsabilidad del Ministerio de Sanidad y de las comunidades autónomas, utilizando los recursos existentes y estableciendo cronograma. Compromiso público.

– Exigencia de “buen gobierno”: revisión inmediata del modelo tal como está funcionando ahora (p. ej., el caso de las áreas sanitarias y de los consejos de salud); establecimiento inmediato de medidas correctoras, utilizando el procedimiento indicado más arriba.

– Política de personal: funcionamiento efectivo de la comisión de RR.HH. Establecimiento de cronograma y compromiso público. Obligación de transparencia, transversalidad de la información y de cumplimiento de los compromisos de índole general.

– Salud pública: Plan de Salud: responsables y cronograma. Compromiso público.

– Medicina de familia: Gestión integrada. Es preciso “redefinir” el papel de esta especialidad.

– Nuevo paradigma asistencial: las patologías del siglo XXI: conocimiento científico-técnico, acomodación de recursos (infraestructuras, equipamiento, recursos humanos): cronograma y compromiso público.

– Modelos de gestión. Beneficios en salud. Resultados económicos.

– Responsabilidad del Ministerio de Sanidad y de las CC. AA. por lo que se refiere a la provisión pública.

Sistema de garantías para evitar que las fórmulas de provisión den un vuelco y se acabe desregulando el SNS. Análisis del papel de la Alta Inspección al respecto. Observatorio permanente.

La complejidad del sector sanitario, del que dependen el bienestar y la salud de las personas, que es también un potentísimo motor de la producción y la investigación, en el que trabajan cientos de miles de profesionales, aconseja trabajar con el máximo rigor, ilusión y motivación por parte de quienes tienen en sus manos la posibilidad de contribuir con sus acciones al mantenimiento y mejora de los servicios públicos en general y sanitarios en particular.

La salud de las personas (su bienestar) es una condición *sine qua non* para contribuir al sostenimiento del propio país, para mejorar su productividad, nivel de vida, educación general y entorno de convivencia. No podemos dejar que las hojas de las “burbujas” o de la “ineficiencia general y prácticamente absoluta de lo público”, nos impidan ver el bosque de un magnífico SNS. Es nuestra responsabilidad (y nuestra convicción), mantenerlo y mejorarlo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (BOE 101/1986, de 29 de abril).
2. Barómetro Sanitario 2009. Información Anual. Ministerio de Sanidad y Política Social (de 25 de mayo de 2010).
3. Elola Somoza, FJ. Futuro del sistema sanitario público del Principado de Asturias. Consejo Económico y Social del Principado de Asturias, 2010.
4. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (BOE de 29 de mayo).
5. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias (BOE de 22 de noviembre).
6. Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud (BOE del 17 de diciembre).
7. Ley 7/2007, de 12 de abril, del Estatuto Básico del Empleado Público (BOE del 13 de abril).
8. Vieta A, Badía X. Desigualdades de financiación de medicamentos entre CC. AA. en España. *Med Clin (Barc)*. 2009;132:364-8.

