

¿Qué servicios y para quién? El establecimiento de prioridades en el Sistema Nacional de Salud Español

Carlos Polanco

Juan del Llano

Fundación Gaspar Casal

Sandra García

Agencia Laín Entralgo

Coyuntura de los sistemas sanitarios de los países desarrollados

La creciente precariedad económica y financiera de los sistemas sanitarios de los países desarrollados suele atribuirse a factores de naturaleza demográfica (envejecimiento y reducción de los porcentajes de población activa), tecnológica (innovaciones en cirugía, cribado y diagnóstico, así como nuevos fármacos y terapias) y sociológica (las expectativas y demandas de la población crecen más rápidamente que la oferta de servicios sanitarios). Es en este contexto donde se convierte en acuciante la necesidad de establecer prioridades para el gasto sanitario.

Ante dicha coyuntura de los sistemas sanitarios de los países desarrollados han surgido en las últimas dos décadas multitud de propuestas y estudios acerca del establecimiento de prioridades, y que hacen que este asunto se convierta en una *prioridad*, valga la redundancia, para los responsables de la política sanitaria. Si bien hace unos años el debate sobre el establecimiento de prioridades se centraba en qué herramientas técnicas eran más adecuadas para el análisis de los datos acerca del coste y la efectividad de cada tecnología, actualmente también se discute en qué valores, instituciones e información debe basarse el proceso de toma de decisiones. Los primeros países que establecieron procesos y medidas para la priorización del gasto sanitario, aparte de la pionera experiencia del estado de Oregón, fueron Nueva Zelanda, Canadá, Reino Unido, Noruega, Suecia y Holanda (1).

Experiencias internacionales

Las distintas experiencias internacionales citadas trazan pautas para el establecimiento de prioridades en un sistema sanitario público, si bien cada ejercicio debe adaptarse a las condiciones y contexto en que tiene lugar. De este modo, el proceso de priorización debe incluir factores de muy distinta índole, como los elementos técnicos, los valores y expectativas de la ciudadanía, la ideología y el sistema sanitario establecido, los cambios legislativos o los incentivos de los profesionales.

Por otra parte, los procesos difieren entre sí por el distinto énfasis en cada componente de los mismos. Así, la experiencia pionera del estado de Oregón muestra los problemas derivados de un excesivo énfasis en la evaluación económica (2). Si bien este ejemplo se basaba en la idea de racionamiento por exclusión, Nueva Zelanda prefirió la vía de las guías de buena práctica, de modo que se tuvieran en cuenta las circunstancias individuales de cada paciente. Una síntesis de ambos criterios aparece en las experiencias de priorización desarrolladas en los Países Ba-

jos, siendo el caso sueco el más alabado por su inclusión de los principios de dignidad humana, necesidad (y solidaridad), y coste-efectividad en el Parlamento nacional (3).

En España contamos con un informe de evaluación del Sistema Nacional de Salud (4), cuya publicación en 1991 fue políticamente desdeñada, si bien (paradójicamente) sus recomendaciones han sido implementadas gradualmente y de modo implícito. Cuatro años más tarde se listan en un Real Decreto las modalidades (no explícitas) de prestaciones incluidas en el SNSE (5). En el año 2003, la Ley de Cohesión y Calidad (6) indica la necesidad de evaluar la eficiencia de las nuevas prestaciones antes de su inclusión en el sistema sanitario público. En la actualidad, sigue siendo necesario un debate acerca de la priorización que incorpore la complejidad derivada del proceso de descentralización de la gestión de la asistencia sanitaria, así como la exigencia de transparencia y la urgencia de su discusión por parte de la sociedad civil.

Peculiaridades del Sistema Nacional de Salud Español

En el caso del Sistema Nacional de Salud Español (SNSE), se identifican tres factores clásicos de presión sobre el gasto sanitario que justifican la necesidad de priorizar:

- Los cambios demográficos: envejecimiento y movimientos no controlados de población, ya sea en forma de inmigración ilegal o de *turismo sanitario*.

- La innovación tecnológica incremental (por oposición a la disruptiva) y la intensidad y los patrones de uso de las nuevas tecnologías incorporadas, que en su interacción con los cambios sociodemográficos modifican y multiplican la oferta, con el consiguiente efecto al alza sobre la demanda.

- La modificación de las expectativas ciudadanas sobre bienestar social y la *medicalización* de los procesos vitales, que expanden las exigencias de prestaciones tanto en cantidad como en calidad y diversidad.

Por otra parte, el SNSE presenta una serie de rasgos que afectan a sus posibilidades de viabilidad y al eventual proceso explícito de establecimiento de prioridades:

- Es un sistema nacional de salud en el que la reciente descentralización ha generado problemas de competencia institucional entre el nivel estatal y los autonómicos, y de éstos entre sí, así como con cierto riesgo de fragmentación de las políticas y de los sistemas de información.

- Tanto el modelo intensivo en el factor trabajo a bajo coste como el divorcio entre gestión y asistencia han deteriorado la estructura de incentivos de los profesionales sanitarios y, por consiguiente, su fidelización al sistema, lo que genera un *cuello*

de *botella* en el nivel micro de toma de decisiones resistente a los cambios organizativos.

– En consecuencia, el sistema adolece de un problema de gobernabilidad, acrecentado por el alto grado de rotación y el carácter político de las cúpulas gestoras, que supedita la racionalidad técnica a la lógica electoralista, lo que resta estabilidad y credibilidad a las líneas de cambio estratégico en el sistema. Esto fomenta la *funcionarialización* reactiva de los estamentos asistenciales e imposibilita la planificación a largo plazo.

– Existe un problema de insuficiencia del gasto sanitario público en comparación con la media de la Unión Europea (UE-15) o de los países desarrollados de la OCDE, lo que se traduce en una subfinanciación crónica del sistema y da lugar a un racionamiento implícito a través de listas de espera y desviación de usuarios hacia el sector privado. Esta insuficiencia se ha transferido a las Comunidades Autónomas en el proceso de descentralización, generando tensiones alrededor del modelo de reparto de la financiación sanitaria.

– Los sistemas de información sanitaria existentes son precarios, orientados más a la actividad que a los resultados, fragmentados y heterogéneos entre las distintas Comunidades Autónomas. El resultado es la opacidad del sistema y una cultura del manejo de la información oscurantista o negligente.

– La cartera de prestaciones del sistema está definida de un modo tan inespecífico que no permite inducir criterios claros de inclusión o exclusión. El peso de las agencias de evaluación de tecnologías en la toma de estas decisiones es todavía escaso, tanto para la incorporación de nuevas prestaciones, como para la evaluación del uso apropiado de las existentes.

A pesar de todo lo descrito, es precisa una visión no catastrofista de la viabilidad del sistema, a la vez que cierta confianza en las oportunidades de mejora de la eficiencia y en la legitimidad social que lo avala.

Oportunidad de las políticas de oferta, demanda y financiación en Sanidad

Si bien la Economía parte de la consideración de la escasez de los recursos disponibles para alcanzar cualquier objetivo, en los sistemas sanitarios se suman una serie de circunstancias que agravan aún más este déficit. A la existencia de fallos de mercado específicos de este tipo de servicios, como la oferta inductora de demanda y la necesidad de gestionar ésta mediante listas de espera ante la ausencia de precios, se añaden en el presente circunstancias de carácter tecnológico, demográfico y sociológico.

Esta brecha creciente entre la demanda y los recursos disponibles para satisfacerla es patente en los sistemas sanitarios públicos de los países desarrollados. El esfuerzo por atender esta demanda sanitaria de la población debe pasar, en primer lugar, por la eliminación de las ineficiencias en el sistema. Es decir, *obtener más con los mismos recursos*. Sin embargo, la optimización en el uso de los recursos disponibles no parece ser suficiente para cubrir la demanda de atención sanitaria.

Es entonces cuando debe plantearse si las medidas a adoptar se centrarán en los aspectos financieros (recaudación a través de copagos o tasas sobre externalidades que afecten a la salud), de oferta (definición de los servicios incluidos en la cobertura sanitaria pública) o demanda (añadir un coste monetario al ya existente en términos de tiempo).

Ya ha sido comentado profusamente en el último año el riesgo de alteración de la equidad que suponen los sistemas de participación del usuario en el coste. Asimismo, la fijación de tasas finalistas sobre aquellas actividades que podrían afectar negativamente a la salud de la población se traduce no sólo en una transferencia de renta en detrimento de estos sectores, sino también en ineficiencias (desequilibrios) en la asignación de los recursos en los mismos. Asimismo, la regresividad fiscal asociada a la introducción de nuevos impuestos indirectos sobre el consumo se ve agravada por el hecho de que dichos hábitos de consumo *negativos* (aquellos que van a ser penalizados fiscalmente) se concentran en los estratos sociales más desfavorecidos. Por otra parte, no parece lógico actuar sobre la demanda de atención sanitaria ya que habitualmente la ciudadanía está solicitando una atención a la que tiene derecho.

La intervención sobre la oferta tal como se postula desde el punto de vista teórico supone un ejercicio democrático de decidir la composición de la atención sanitaria que se garantizará a cada ciudadano. La experiencia internacional muestra que requiere de madurez de la sociedad civil y su importancia reside en el carácter estratégico de la sanidad, que como servicio público debe ser un pilar fundamental de cualquier sociedad desarrollada, ya se mueva ésta en un ideario más próximo al Estado del bienestar o al liberalismo económico.

El hecho de que la oferta de atención sanitaria sea inductora de su propia demanda debería bastar para desestimar como medida exclusiva un progresivo aumento de los recursos destinados a la sanidad. Esta política sería adecuada sólo en combinación con medidas sobre la oferta de servicios sanitarios. Sin embargo, en la práctica estas últimas muestran un excesivo sesgo electoralista y tienden a adolecer de falta de visión planificadora a medio o largo plazo. El resultado de este tipo de dinámica es una modificación de la oferta en forma de racionamiento implícito que favorece la perpetuación de situaciones de manifiesta ineficiencia e inequidad.

El proceso político: será necesaria una traducción del *Accountability for Reasonableness*

La ausencia de debate público sobre el establecimiento de prioridades en el SNSE puede achacarse a la carencia de una cultura de transparencia y rendición de cuentas a la sociedad, propia de tradiciones cívicas y democráticas más asentadas que la española, así como a la existencia de *válvulas de escape*, como el libre acceso a las urgencias o la doble cobertura sanitaria. Igualmente, resulta llamativa la escasa prioridad que la sanidad presenta en la agenda política española, o cuando lo es (Conferencia de Presidentes), el escaso provecho que se obtiene.

El establecimiento de prioridades en los sistemas sanitarios es un proceso eminentemente político que debe estar guiado por unos objetivos socialmente consensuados y realizarse de forma explícita para garantizar su legitimidad (y la de su consecuencia directa, el racionamiento) en el contexto en que se aplica.

A nivel internacional existe, teóricamente, un enfoque común en el establecimiento de prioridades que pone énfasis en la identificación explícita de los principios, la creación de un proceso robusto (7) más que la búsqueda coyuntural de soluciones técnicas, la necesidad continua de flexibilidad clínica, el avance de la medicina basada en la evidencia y de la investigación de resultados en salud, y el incremento en la implicación de los distintos agentes que intervienen en los sistemas sanitarios (8). Desafortunadamente, su traslación a la práctica está lejos de ser completa.

La rendición de cuentas (*accountability for reasonableness*) (9) es uno de los aspectos de la priorización más discutidos actualmente. Los problemas de salud priorizados han de ser relevantes en términos de evidencia científica; han de hacerse públicos y ser transparentes y accesibles; han de ser revisables y disponer de mecanismos de resolución; mientras que su explicación ha de ser regulada públicamente (10).

Pero ¿es realmente necesario en este momento un proceso explícito de establecimiento de prioridades en el SNSE? La situación parece reunir todos los requisitos que justifican un empeño de este orden. El nivel de gasto sanitario sufre la presión al alza del grupo de *cost drivers* característico (factores demográficos, tecnológicos y socioeconómicos). Desde el punto de vista teórico se ha demostrado que este crecimiento del gasto sanitario no puede abordarse con un simple aumento de la financiación, sino que requiere una reflexión profunda sobre la racionalidad subyacente al diseño de la oferta sanitaria, que la reoriente para dar respuesta a estos nuevos retos.

Si nos centramos en el SNSE, es necesario señalar la existencia de un factor adicional: la descentralización, que otorga un nuevo papel a los aspectos políticos en la dirección del mismo. Sin embargo, no parece darse tal consenso acerca de las causas de la ausencia de un proceso de priorización en la sanidad pública española. ¿Se trata de la presión impuesta por el corto plazo asociado a los periodos electorales, o bien, la asfixia financiera impide que se plantee un debate sosegado, o bien, los decisores sanitarios piensan que si organismos internacionales alaban nuestro SNSE y ni la ciudadanía ni los profesionales demandan un debate, es mejor no mover nada?

Aunque existen voces discrepantes, se detecta un consenso amplio en nuestro país en torno al déficit de financiación que sufre el SNSE, tanto por criterios de comparación internacional (11), como por análisis de la propia evolución del gasto en sanidad (el reciente trabajo sobre gasto sanitario elaborado por los ministerios de administraciones públicas, economía y hacienda y sanidad y consumo). En principio, resultaría plausible una mayor dotación de recursos para la sanidad con el fin de cubrir el crecimiento de ciertas variables demográficas, pero, a la vez, habría que definir unas líneas de actuación que impidieran que cada período electoral suponga la inclusión de diversas prestaciones

sanitarias en la cobertura sanitaria pública estatal o de cada Comunidad Autónoma. Si no se cumple esta última condición, el porcentaje del gasto sanitario público sobre las principales variables macroeconómicas seguirá creciendo sin remisión.

Esta política de oferta debería basarse en el establecimiento explícito de qué prestaciones quedarán incluidas en la cartera de servicios del SNSE. Dadas las particulares características del bien que nos ocupa (la asistencia sanitaria) y la condición de sistema nacional de salud, con un alto grado de legitimidad en nuestro medio, no parece apropiado que su planificación quede en manos de un único agente (clase política), sino que es necesaria la participación de, entre otros, los profesionales, los pacientes y las instituciones proveedoras de bienes y servicios.

En definitiva, la planificación a largo plazo debe rescatar al SNSE de la lógica electoralista en que se mece. El proceso de entrega de competencias sanitarias a las Comunidades Autónomas que finalizó en enero de 2002 ha supuesto ciertas mejoras (cercanía del servicio) pero también nuevos riesgos (sobre la equidad interterritorial y nuevas tensiones financieras debidas, entre otros, a inauditas *carreras salariales*, en un contexto de escasez no sólo de recursos públicos sino también de profesionales sanitarios en diversas especialidades médicas). Por otra parte, las dificultades económicas del sistema no parecen coincidir con la voluntad expresada por los distintos gobiernos autonómicos acerca de la urgencia con que se deben reducir las listas de espera. De este modo, se invierten ingentes cantidades de recursos en estos planes de choque en una coyuntura de déficit creciente. La población recibe mensajes contradictorios: es necesario reformar y reforzar la financiación de la sanidad, pero simultáneamente se van estableciendo nuevos objetivos en términos de días de espera. La existencia de distintos centros de decisión política (a nivel estatal y autonómico) debiera quedar solventada por la actuación del Consejo Interterritorial, cuya labor ha quedado recientemente en entredicho por haberse transformado en un cuadrilátero de lucha política partidista en vez de ser el consejo de administración del SNSE.

La forma adecuada de establecer prioridades en el SNSE debería pasar por un proceso explícito y participativo –con especial énfasis en el establecimiento de cauces democráticos de participación ciudadana–, guiada por un espíritu de cohesión basado en el consenso y la lealtad institucional. Se requiere un compromiso político de alto nivel, capaz de establecer horizontes a corto, medio y largo plazo. El marco adecuado podría ser un pacto de Estado que rescate a la sanidad de la contienda electoral y la sitúe como una de las prioridades nacionales.

Evidentemente, existen problemas inherentes a la promoción de un debate en el que se explicita el futuro del sistema nacional de salud. La transparencia y la rendición de cuentas chocarían con las dificultades prácticas y políticas de un proceso de estas características (12). Sin embargo, **siempre existirá racionamiento (en forma de listas de espera) y establecimiento de prioridades (ya sea implícito o explícito)** (13). Hasta ahora se ha podido apreciar la falta de transparencia y arbitrariedad de una priorización implícita y ya parece inexcusable la necesidad de ir

caminando a un proceso más explícito que implícito y según vayamos adquiriendo rodaje democrático como país, la sanidad se incluya en la agenda política salvaguardada del calendario electoral.

A la hora de la implementación

Una segunda pregunta abordaría el cómo debe llevarse a cabo este proceso de priorización. Consideramos que la opción idónea sería un *mix* implícito-explicito, implantado de modo gradual. Quizá lo primero que habría que acometer es la definición del órgano de gobierno del SNSE (un CI más ejecutivo) para, a continuación, acometer el diseño de un mecanismo de incorporación de novedades a la cartera de servicios del SNSE pactado entre todas las CCAA y el MSC, de modo que se establecieran criterios rigurosos de eficiencia y equidad que exigieran de cualquier nueva prestación la demostración de que supone una mejora en términos de coste-efectividad con respecto a la práctica habitual, lo que permitiría asimismo una definición precisa de la población susceptible de beneficiarse, de modo que se acotara su uso. Por lo que se refiere a las prestaciones que *de facto* ya son parte de la oferta del sistema, parece que lo sensato sería empezar por descartar aquellas para las que ya existe una alternativa más coste-efectiva implantada que debería sustituirlas por completo en lugar de coexistir en el catálogo. Desde nuestro punto de vista resulta crucial que la percepción ciudadana no sea que se efectúa un recorte de derechos que reste legitimidad al sistema, sino que se procede a depurar prácticas obsoletas y optimizar el servicio que se provee. Este complejo proceso debería coadyuvar en la eliminación de las bolsas de ineficiencia existentes en el sistema sanitario español.

Desde el punto de vista teórico, los criterios de priorización han de cumplir una serie de requisitos: encajar en la estrategia del sistema sanitario, estar alineados con las regulaciones internacionales, contar con evidencia empírica que los avale, considerar el impacto clínico, atender a las verdaderas necesidades de salud comunitarias, aprovechar a todos los agentes y con interdependencia profesional, además de tener una reserva presupuestaria que se refleje en la movilización de recursos precisa a cada entrada y la reasignación presupuestaria de las prestaciones que salen.

Es posible definir una serie de elementos que facilitarán la implantación de un proceso de priorización: un plan estratégico que defina con claridad tanto la formulación como la gestión (lo que implica la delimitación de roles y responsabilidades), un plan de comunicación eficaz, un proceso adecuado de revisión, métodos consensuados para la evaluación y monitorización, así como estrategias de liderazgo y gestión del cambio (14).

Asimismo, se puede enumerar una serie de parámetros de éxito a dos niveles:

- de proceso: facilidad en la asignación de recursos, capacidad de decisión, percepción de retorno en el tiempo invertido, fácil entendimiento del proceso, relación de agentes implicados, prio-

ridades justificadas y razonables, consistencia y justicia del proceso, gestión de los grupos de agentes beneficiados y perjudicados por el mismo;

- de resultado: medida de los efectos tanto sobre las prioridades organizativas y presupuestarias (recursos reasignados, existencia de un presupuesto equilibrado, generación de condiciones para el crecimiento y con concreción en el plan estratégico), como sobre el personal (satisfacción, retención y comprensión) y la comunidad (aceptación pública, avances en la rendición de cuentas, mayor integración del *puzzle* de agentes del sistema, reconocimiento por parte de los medios de comunicación y el ámbito educativo e investigador, así como el efecto diseminador a otras organizaciones).

Resulta necesario insistir en un aspecto crucial: la confusión habitual entre las tensiones financieras del sistema sanitario y el proceso de establecimiento de prioridades sólo lleva a una contaminación del debate y a una pérdida de peso de la sanidad dentro de la agenda política frente a las otras muchas necesidades sociales a cubrir como educación, prisiones, carreteras, defensa, pensiones, subsidios de desempleo, atención a la dependencia...

Recomendaciones

Por último, se presentan una serie de pautas acerca de las condiciones necesarias para poner en marcha un proceso de priorización explícito en el contexto español, que contribuyan a garantizar la viabilidad de un proyecto en este sentido.

- Es necesario que antes de comenzar el mismo se hayan delimitado claramente los **principios éticos** en los que se sustentará. Para que esta discusión sea todo lo transparente y consensuada que sería deseable y tenga la relevancia necesaria, resultaría conveniente que se estableciera un pacto entre las fuerzas políticas que situara a la sanidad como una cuestión de Estado y comprometiera a las instituciones de máximo rango en este proceso, al margen de las disputas electorales.

- Debe realizarse un **listado** que recoja todos los **servicios** ofertados por el sistema sanitario público y los ordene de mayor a menor frecuencia e intensidad de prestación, estableciendo claramente los grupos de pacientes beneficiarios, cumpliendo con la seguridad, la efectividad y la eficiencia del programa, servicio o tecnología prestada públicamente.

- Hay que determinar la **necesidad de atención sanitaria** existente en el país en ese momento, que puede definirse a partir de los siguientes criterios: magnitud (morbilidad, mortalidad, incidencia, prevalencia), vulnerabilidad (relación causa-efecto, factores de riesgo, diferencias entre grupos, diferencias entre países), trascendencia (letalidad, incapacidad temporal o permanente, mortalidad prematura y años potenciales de vida perdidos), disponibilidad de información, tendencia (proyecciones), disponibilidad de recursos, y decisión política.

- El proceso de priorización está sujeto a una serie de **factores** (15) como son: los gestores del sistema sanitario, los profesionales a nivel clínico, la participación pública y la presión que

los ciudadanos ejercen a nivel local, y la evidencia disponible acerca de costes y efectividad. A tenor de la perspectiva de los expertos españoles cabría decir que en nuestro contexto resulta crítico el fomento de una cultura organizativa donde la transparencia y la rendición de cuentas y la apertura a la participación de los ciudadanos en las decisiones pasen a un plano principal.

– No debe pedirse a la **población** que ordene los tratamientos si ésta no dispone de información suficiente para decidir, ni sin habilitar los cauces apropiados para una participación democrática.

– Aunque se están realizando esfuerzos para mejorar la cantidad y calidad de la **información** disponible, los datos aún son deficientes, sobre todo en lo relativo a las enfermedades crónicas. En el caso español, se requiere un esfuerzo en la orientación de las bases de datos sanitarias hacia la medida de resultados (en este sentido, resulta esperanzadora la iniciativa de uniformar y digitalizar todas las historias). Además es necesaria una iniciativa desde el Estado que coordine y homogeneice la recogida de información a nivel nacional, evitando la tendencia a la fragmentación derivada de la descentralización del sistema (una iniciativa que pretende cubrir este vacío es, entre otras, el Sistema de Información Sanitaria en España (16)).

– Hay que determinar el **rango de los servicios sanitarios** que va a ser afectado por el proceso de priorización, en el cual resulta deseable que los cambios en la asignación de los recursos se produzcan de modo gradual para favorecer una transición no traumática hacia modalidades de asistencia más coste efectivas.

– A pesar de las frecuentes **preferencias** por una asignación de recursos más favorable para la prevención, el gasto social, y la atención de los enfermos crónicos y mentales, éstas varían para cada país y deben apoyarse en datos fiables que las contextualicen adecuadamente.

– En diversas naciones se están llevando a cabo políticas que traspasan recursos de la atención hospitalaria a los menos graves y en muchos casos más satisfactorios **servicios sociales o comunitarios**, en especial en lo que afecta a la atención a los mayores.

– Se desconoce el grado de seguimiento de las **guías y protocolos** entre el personal médico y de enfermería. Por ello es importante la fidelización de los profesionales al sistema, de modo

que se incentive, mediante la implicación en la toma de decisiones y en su elaboración, la identificación de los profesionales con los objetivos generales que persiguen dichas guías y protocolos.

(Basado en la publicación *¿Todo para todos y gratis? El establecimiento de prioridades en el Sistema Nacional de Salud español* (Del Llano, J, Polanco, C, García, S. Madrid: Ergon, 2004), que se realizó bajo el marco de colaboración entre la Fundación Gaspar Casal y la Fundación AstraZéneca. Disponible en: www.fgcasal.org)

Bibliografía

- (1) Ham C, Robert G. *Reasonable rationing. International experience of priority setting in health care*. London, Open University Press, 2003.
- (2) Benach J, Alonso J. El plan de salud del estado de Oregón para el acceso a los servicios sanitarios: contexto, elaboración y características. *Gac San* 1995; 9:117-25.
- (3) Swedish Parliamentary Priorities Commission. *Priorities in health care: Ethics, economy, implementation*. Stockholm: Ministry of Health and Social Affairs, 1995: 5.
- (4) Fundación Fernando Abril Martorell. Encuentro sobre el Informe Abril sobre el Sistema Nacional de Salud once años después. Madrid, 2002.
- (5) *Boletín Oficial del Estado*. Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud. BOE núm. 35, 10 febrero 1995: 4538-44.
- (6) *Boletín Oficial del Estado*. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE núm. 128, 29 mayo 2003: 20567-88.
- (7) Holm S. Goodbye to the simple solutions: the second phase of priority setting in health care. *BMJ* 1998; 317:1000-2.
- (8) Logan R. *Prioritising health services. A background paper for the National Health Committee*. Nueva Zelanda, 2004.
- (9) Daniels N. Accountability for reasonableness. *BMJ* 2000; 321:1300-1.
- (10) Singer PA. Medical ethics. *BMJ* 2000; 321: 282-5.
- (11) Puig-Junoy J. Radial measures of public services deficit for regional allocation of public funds. *The Journal of Management Sciences & Regional Development* 2002; 4:65-88.
- (12) Hauck K, Smith PC, Goddard M. The economics of priority setting for health care. A literature review. HNP discussion paper. Paper prepared for the World Bank initiative resource allocation and purchasing in health. Washington, 2003.
- (13) Ubel PA. *Pricing life; why it's time for health care rationing*. The MIT Press, 2000.
- (14) Gibson JL, Martin DK, Singer PA. Setting priorities in health care organizations: criteria, processes, and parameters of success. *BMC Health Services Research* 2004; 4:25-32.
- (15) Ham C, Honigsbaum F, Thompson D. *Priority setting for health gain*. London, Department of Health, 1994.
- (16) Del Llano J, Hidalgo A, Pérez S. *Sistema de Información Sanitaria en España (SISAN)*. Barcelona: Editec, 2004. Disponible en: www.sisan.info.

GCS ESTÁ EN LA RED
<http://www.iiss.es/gcs/index.htm>