



Nº 2009-1

Temas a debate sobre Economía de la Salud

Evaluación económica en la toma de decisiones sanitarias ¿Ha llegado su momento en España?

Juan Oliva

Universidad de Castilla La Mancha y FEDEA

CÁTEDRA Fedea – “la Caixa”
de Economía de la Salud y Hábitos de Vida

Introducción

La evaluación económica de tecnologías sanitarias (EETS) supone un conjunto de herramientas que tienen como finalidad examinar las consecuencias que tiene, en el corto y largo plazo, la utilización de las tecnologías sanitarias en los individuos y en la sociedad en su conjunto. Eficiencia entendida como la maximización de las ganancias en salud obtenida a partir de los recursos limitados que tenemos a nuestro alcance. Puesto que existen múltiples alternativas donde asignar dichos recursos, la evaluación económica trata de poner al alcance de las personas que toman decisiones en el medio sanitario aquella información relevante desde el punto de vista de la eficiencia. La idea básica consiste en comparar la efectividad y los costes de una determinada intervención respecto a la mejor alternativa disponible. Es decir, se evaluaría si la efectividad adicional que ofrece una nueva tecnología compensa o no los costes adicionales de la misma utilizando para ello la relación o cociente coste-efectividad incremental de las tecnologías comparadas.

La idea fundamental reside en incorporar el criterio de eficiencia como una “cuarta garantía” en la adopción de tecnologías sanitarias, la cual se sumaría a las tradicionales de calidad, seguridad y eficacia. Es dentro de este

contexto, donde la EETS se ha convertido en los últimos años en una herramienta de primer orden para los decisores sanitarios en sus estrategias de priorización de recursos y de adopción de nuevas tecnologías. Lejos queda el primer intento fallido del Estado de Oregón de establecer prioridades en la asistencia sanitaria a nivel comunitario, empleando únicamente los criterios de eficiencia derivados de la evaluación económica (Benach y Alonso, 1995). Cercanas quedan en cambio sus enseñanzas sobre las limitaciones técnicas encontradas en este proceso, pero también sobre las limitaciones de establecer un mecanismo de priorización de servicios sanitarios basado exclusivamente en criterios de eficiencia. Los estudios de evaluación económica (EE) deben servir para ayudar a la toma de decisiones y no para reemplazarla. Por lo tanto, no deben ser utilizados mecánicamente. Hay otros elementos como la justicia, la equidad, el acceso, o la libertad de elección que deben ser tenidos en consideración en el proceso de toma de decisiones. Utilizados correctamente, en cambio, estos trabajos pueden aportar una información primordial en dicho proceso. Más éxito han tenido las propuestas de Australia o de la provincia de Ontario (Canadá) cuando a comienzos de los años 90 (1993 y 1994, respectivamente) condicionaron la financiación pública de los medicamentos³ y ligaron la negociación de los precios de los mismos a la relación incremental entre su coste y efectividad.

La evaluación económica está jugando un papel clave en los procesos de incorporación de nuevas tecnologías sanitarias en Europa.

Algo se mueve en Europa

Los responsables sanitarios europeos tienen el deber de poner a disposición de sus ciudadanos aquellos avances tecnológicos que ayuden a mejorar su esperanza y calidad de vida e invertir recursos en prevenir problemas de salud. Sin embargo, también se tiene consciencia de que estas mejoras suelen implicar un mayor gasto sanitario y que su adopción indiscriminada implicaría un serio riesgo para la sostenibilidad de los sistemas sanitarios públicos.

¹ Estas notas son deudoras de trabajos previos del autor firmante realizado en compañía de otros colegas. En particular, la mayor parte de las ideas aquí expuestas ya aparecen en el Informe SESPAS 2008, en un trabajo publicado en el año 2008 en la revista Gaceta Sanitaria y en el prólogo de la Propuesta de guía para la evaluación económica aplicada a las tecnologías sanitarias. A todos los coautores de estos trabajos les debo agradecer el utilizar algunas de sus ideas en este texto, si bien la selección y mezcla final es responsabilidad única de quien firma estas líneas.

² Por tecnología sanitaria entendemos aquel conjunto de medicamentos, dispositivos y procedimientos médicos o quirúrgicos usados en la atención sanitaria, así como los sistemas organizativos y de soporte dentro de los cuales se propicia dicha atención (Office of Technology Assessment. US Congress, 1978).

³ Con posterioridad, otras tecnologías sanitarias tuvieron que superar este filtro.

En Europa, aunque varias agencias de evaluación de tecnologías vienen funcionando habitualmente desde los años 90, la experiencia del National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) ha supuesto un antes y un después en el papel y la influencia jugadas por este tipo de agencias en el proceso de toma de decisiones (Rawlins, 1999; Rawlins y Culyer, 2004). El debate y el cambio cultural que ha supuesto la existencia y el trabajo desempeñado por el NICE en estos años, sin duda ha contribuido a modificar la visión sobre las responsabilidades de estas agencias públicas y a subrayar las potenciales ventajas de contar con sus recomendaciones.

La manera en que cada país ha establecido la incorporación de la evaluación económica en los procesos de fijación de precio, reembolso y adopción de nuevas tecnologías obedece a las particularidades de cada sistema sanitario (Oliva *et al.*, 2008). Ello es relevante, toda vez que no es conveniente importar decisiones tomadas en otros contextos directamente, sin una adaptación previa. El relativo éxito de una fórmula empleada en un país puede o no funcionar en otros dependiendo de la cultura sanitaria y ciudadana y de elementos históricos heredados en materia de organización y gestión sanitaria.

En cualquier caso, la experiencia europea nos muestra varias enseñanzas útiles que deben ser tenidas en cuenta por los responsables públicos y privados que contemplan a la EETS como una herramienta de utilidad para la gestión sanitaria (Sorenson *et al.*, 2007). La naturaleza de estas agencias puede ser de carácter más consultivo y estar orientadas a decisores que trabajan en la meso o micro gestión o bien ser de carácter más ejecutivo y dirigir la información a decisores que trabajan a un nivel macro. En el primer caso, cuando estas agencias están dirigidas a proveer a los profesionales sanitarios de la información necesaria para lograr una atención sanitaria eficiente y de calidad para sus pacientes (ejemplo de NICE), su impacto puede ser muy limitado. Para facilitar su labor, el

recibir un fuerte respaldo explícito por parte de los máximos responsables sanitarios, el que a nivel de la macrogestión se ayude a resolver situaciones de insuficiencia presupuestaria derivadas de la aplicación de las recomendaciones de estas agencias, la propia cultura de los centros donde trabajan los profesionales y de los incentivos que reciben y el trabajar en equipo y no de manera individual, son elementos relevantes para explicar una mayor o menor influencia en la toma de decisiones al nivel de meso y micogestión. El segundo tipo de fórmula, la más ejecutiva, la representarían aquellas agencias o comités cuyos informes sirven de guía al decisor público en la negociación del precio de una nueva tecnología (generalmente medicamentos) y en el proceso de decisión sobre su inclusión o exclusión del sistema de financiación pública. Ejemplos recientes de países que han adoptado esta alternativa son Suecia, Holanda, Alemania o, recientemente, Portugal. En último término, ambos modelos no son incompatibles. Por ejemplo, en el caso de Suecia coexisten varias de agencias de evaluación, con diferentes atribuciones (Anell y Persson, 2005; Jansson y Anell, 2006).

¿Y en España?

En España, más allá de las declaraciones de buenas intenciones, el marco regulatorio y la voluntad de los decisores sanitarios no ha favorecido suficientemente el desarrollo de la EETS aplicada a las decisiones de financiación pública de prestaciones sanitarias y a las decisiones sobre fijación de precios de medicamentos y de tecnologías médicas. Un ejemplo claro de ello es que aunque la Ley del Medicamento del año 1990 establecía que la prestación farmacéutica por el Sistema Nacional de Salud (SNS) se debería realizar mediante la financiación selectiva de los medicamentos en función de los recursos disponibles (gasto público presupuestado) y, por tanto, dejaba abierta la posibilidad de introducción de la evaluación económica de fármacos, ello no se tradujo en la práctica en la implementación de un sistema transparente y conocido por Administraciones Públicas y empresas comercializadoras sobre cuan selectiva podría llegar a ser la financiación y sobre en qué elementos se iba a basar el proceso de negociación del precio. Dentro de la parcela de los medicamentos, el Plan

En España, todo apunta a que estamos en una fase de transición en ese camino y que debemos aprender de los aciertos y errores de otros países.

Estratégico de Política Farmacéutica para el Sistema Nacional de Salud del año 2004, apostaba claramente por el análisis “farmacoeconómico” como eje esencial en la política de financiación farmacéutica. No obstante, la Ley de Uso Racional y Garantías de Medicamentos y Productos Sanitarios de 28 julio de 2006 no hace referencia alguna a estos términos y, por ello, habrá que esperar al desarrollo reglamentario de la Ley para ver cómo se incorporan los criterios de eficiencia mencionados en los procesos de la negociación del precio y la decisión de financiación pública y si la evaluación económica cobra un papel relevante o no. La creación y funciones del llamado Comité de Evaluación de la utilidad terapéutica de los nuevos medicamentos, mencionado por la ley, estará llamado a jugar un papel clave en esta cuestión.

Por otra parte, la publicación del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización apuesta en su artículo 5.1⁴ por la eficiencia como criterio clave en la “definición, detalle y actualización de la cartera de servicios comunes”. Por tanto, si queremos tener en cuenta el criterio de eficiencia como un elemento relevante en la toma de decisiones sanitarias, el balance entre el coste incremental y el beneficio terapéutico adicional tendría que jugar un papel esencial a la hora de incorporar o no en la cartera de servicios del SNS nuevas prestaciones o mejoras en las ya existentes. Sin embargo, nótese que ello nos retrotrae al ya comentado caso de la Ley del Medicamento del año 1990 y al citado criterio de “financiación selectiva de medicamentos”. Por tanto, habrá que esperar a la aplicación de la norma, la cual dependerá de los intereses políticos en concretar o no en la práctica los conceptos generales que se marcan en la misma.

Junto a los recientes cambios en el marco normativo nacional, merece la

pena destacar otra serie de factores impulsores de la EETS que están fraguándose en el ámbito regional y científico. En primer lugar, varias Comunidades Autónomas han promovido recientemente planes regionales de salud donde se han adoptando metodologías formales y procedimientos explícitos en su planificación sanitaria (Sánchez Martínez et al., 2008). Entre las medidas que son contempladas para identificar áreas prioritarias donde concentrar esfuerzos sanitarios se encontrarían indicadores de incidencia y prevalencia de las enfermedades, medidas de efectividad intermedias o finales (años potenciales de vida perdidos o ganados), y también se comienza a contemplar medidas de discapacidad, carga familiar e impacto económico y social. El nivel de formalización y el grado de transparencia y participación en el proceso de adopción de prioridades es bastante heterogéneo, si bien merece la pena destacar que al menos una Comunidad Autónoma (Canarias) ha apostado explícitamente por la realización de estudios de coste de la enfermedad y el apoyo en estudios coste-efectividad como medida de apoyo en la identificación de sus áreas prioritarias y del desarrollo de las posibles intervenciones a tener en cuenta.

En segundo lugar, aunque existen varias agencias de evaluación de tecnologías sanitarias desde hace años, en los últimos tiempos han crecido tanto en número como en recursos. A las partidas presupuestarias aportadas por cada Comunidad Autónoma, habría que sumar la dotación de fondos acordados en la Conferencia de Presidentes y gestionados por la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad y Consumo, junto con las periódicas convocatorias de proyectos de evaluación de tecnologías sanitarias y proyectos de investigación del Fondo de Investigaciones Sanitarias convocadas por el Instituto Carlos III, más las correspondientes a la creación de grupos CIBER y Redes temáticas de Investigación Cooperati-va. En suma, recursos y actividad crecientes, si bien es justo reconocer que en España aún no se ha realizado un estudio sobre el impacto de estas agencias en la adopción de nuevas tecnologías, tanto en la generación de conocimiento como en la influencia en la toma de decisiones sanitarias, tal y como se ha hecho en otros países (Sheldon et al., 2004; Hanney et al., 2007).

El número de profesionales y decisores sanitarios con conocimiento e interés en estas técnicas es creciente.

⁴ Dicho texto se matiza y amplía posteriormente en el artículo 6.8 de la ORDEN SCO/3422/2007, de 21 de noviembre por la que se desarrolla el procedimiento de actualización de la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud.

En tercer lugar, en un contexto de crecimiento del gasto en medicamentos, no ya sólo en términos absolutos, sino también en importancia relativa, como porcentaje del total de recursos sanitarios del SNS, y dada la ambigüedad mostrada por la Administración Central desde el año 90 sobre el papel que ha de jugar la EEM, en varias CCAA se han creado unidades de evaluación de medicamentos, que pretenden incorporar el componente económico cada vez en mayor medida. Fruto de ello ha sido la creación del Comité Mixto de Evaluación de Nuevos Medicamentos compuesto por Andalucía, País Vasco, Navarra, Aragón y Cataluña, cuyo objetivo principal es el análisis de la aportación terapéutica de los nuevos medicamentos, o el trabajo desarrollado en los últimos años por la Comissió d'Avaluació Econòmica i Impacte Pressupostari (CAEIP) en el ámbito de Cataluña. El devenir de dichos comités y el aprovechamiento de las sinergias y las economías de escala existentes entre las direcciones de farmacia y las agencias de evaluación de tecnologías regionales será una cuestión clave en el aprovechamiento de los esfuerzos públicos. La falta de coordinación en este campo por el contrario derivaría en un despilfarro de recursos difícilmente explicable a los profesionales sanitarios, especialmente en el ámbito de la microgestión, a quien se pedirá cada vez en mayor medida que apliquen criterios de eficiencia en su práctica habitual y, en último término, difícilmente explicable a los ciudadanos.

En cuarto lugar, y ligando con el último comentario, en el medio sanitario, incluso a niveles de microgestión, se comienza a transitar del "todo vale, sea cual sea cualquier precio" a plantearse como cuestión relevante "¿vale lo que cuesta?". El esfuerzo realizado en programas de formación que incorporan conceptos generales de economía y gestión de la salud o específicos de evaluación económica y los propios cambios en los sistemas de incentivos a prescriptores va cambiando la percepción de los profesionales y provocan que la discusión en torno al concepto de la el desinterés por parte de una parte de los agentes por el criterio de la

eficiencia y sus posibilidades (y limitaciones) de aplicación vaya calando. Experiencias como la desarrollada por Grupo de Evaluación de Novedades, Estandarización e Investigación en Selección de Medicamentos (GENESIS), dentro de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria, en el desarrollo de Guías Farmacoterapéuticas que incorporan información relativa a la relación coste-efectividad de los fármacos analizados son ejemplo de ello.

No obstante, esta situación de efervescencia no debe ser confundida ni con un caos, puesto que se avanza desde varios frentes, aunque se echa en falta una mayor coordinación de esfuerzos, ni debe ser tampoco interpretada como una señal de gran actividad y aceptación de la EETS en la toma de decisiones sanitarias. El único trabajo realizado en España hasta la fecha sobre el conocimiento y opinión de estas herramientas en la toma de decisiones clínicas a nivel de la microgestión, nos advierte de las claras reticencias de muchos agentes sobre estas técnicas. Así, existen una serie de barreras, o de factores desmotivadores para la aplicación por los decisores de la evaluación económica en su actividad que pueden ordenarse en tres grupos: barreras administrativas; barreras relativas al método; y barreras de aplicación y práctica (Juárez y Antoñanzas 2000; Oliva et al., 2000; Oliva et al., 2001). Sin duda, estas barreras no son igual de importantes para cada grupo de agentes (por ejemplo, los farmacéuticos de hospital y de atención primaria son más receptivos y comprenden mejor la utilidad de la evaluación económica), pero aunque no se den con el mismo grado de intensidad en cada grupo, sí están presentes en mayor o menor medida en todos ellos. Por otra parte, los resultados y conclusiones alcanzados en los trabajos españoles ya citados van en la misma línea de las críticas y barreras encontradas en otros países de nuestro entorno (von der Schulenburg (ed.), 2000; Eddama & Coast, 2008), por lo estas dificultades no pueden considerarse como un patrimonio propio de nuestro país.

Quizás los elementos más preocupantes, por difíciles de superar, son la falta de credibilidad y de utilidad práctica de los estudios de evaluación económica, su nula comprensión, salvo para un reducido número de agentes, la frecuente mala interpretación de que este tipo de estudios tiene como único objetivo la contención de los costes y

La decisión política, los incentivos con los que se dote a los agentes, la comprensión mutua entre profesionales sanitarios y economistas determinarán el éxito o fracaso de la aplicación de estas herramientas

eficiencia, especialmente en la microgestión.

Una agenda futura

El empleo sistemático o el abandono de la EETS en la toma de decisiones sanitarias vendrán condicionados por numerosos determinantes políticos, científicos y culturales. Sin embargo, el identificar las potenciales ventajas y debilidades de estas herramientas para el proceso de toma de decisiones sanitarias y el trabajar en corregir estas últimas estaría en la agenda de trabajo de científicos, profesionales sanitarios y decisores públicos con interés en que la asignación de los recursos sanitarios se realice acorde a criterios de transparencia y eficiencia. Con este fin, la Asociación de Economía de la Salud recientemente publicó un documento de posición en relación a la necesidad de un mayor uso de la evaluación económica en las decisiones que afectan a la financiación pública de las prestaciones y tecnologías en el Sistema Nacional de Salud.

Un primer paso decisivo sería la creación de un grupo de trabajo de expertos en el seno del Consejo Interterritorial entre responsables de las decisiones sanitarias y economistas e investigadores de servicios de salud, que tuviera por objeto elaborar una estrategia para el uso sistemático de la EETS en la decisión sobre las intervenciones para la salud. Adicional o complementariamente, se plantean los siguientes elementos como agenda de trabajo:

1. Identificar los recursos humanos dedicados por parte de las Administraciones Públicas al ámbito de la evaluación de tecnologías,
2. Determinar las prioridades de evaluación económica que precisa el Sistema Nacional de Salud en España y el método de abordaje (por ejemplo, a través de investigación competitiva),
3. Proponer el uso o desarrollo de instrumentos que rebajen los problemas técnicos que frecuentemente deben afrontar las Evaluaciones Económicas:
 - a) Elaboración de una base de costes unitarios del SNS realizada o

Supervisada por las Administraciones Públicas y de libre acceso para investigadores, gestores y ciudadanos, en general, y homologable en contexto europeo.

b) Fomentar los estudios de evaluación de resultados (“outcomes”) de salud que permita avanzar de los resultados medidos en unidades clínicas a medidas de resultado final que integren esperanza y calidad de vida relacionada con la salud.

4. Analizar el impacto real de las evaluaciones económicas realizadas en España, tanto en creación de conocimiento como su influencia en el proceso de toma de decisiones y en la práctica clínica, así como el impacto previsible de innovaciones emergentes todavía no evaluadas,
5. Identificar y analizar las barreras que deben afrontar las evaluaciones económicas conducidas en España para que sus resultados proporcionen una información práctica para la toma de decisiones en los ámbitos de macro, meso y microgestión,
6. Analizar los procesos desarrollados por las agencias internacionales de evaluación de tecnologías más relevantes para la implementación de la evaluación económica en las decisiones públicas y proponer una estrategia de cambio,
7. Determinar cómo la evaluación económica se puede integrar en la planificación sanitaria, y en los Planes de Salud de las Comunidades Autónomas y del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Conclusiones y evolución futura de la EETS en España

La evaluación económica de tecnologías sanitarias es una herramienta válida en la asignación de recursos sanitarios. No es la única, sin duda, ni es perfecta, pero en muchas situaciones “es lo bastante buena” (Garber, 2000) como para guiar una correcta toma de decisiones. En los últimos años, se viene produciendo un esfuerzo considerable en la inversión en formación y realización de evaluaciones económicas en el campo sanitario. Quizás simplemente por mimetismo respecto de otros países, aunque también probablemente por convencimiento propio de que la EETS está llamada a jugar un papel en el proceso de toma de decisiones, en aras de favorecer su transparencia y racionalidad.

En este sentido, el elemento diferencial que ha hecho los valores de NICE sean mucho más conocidos que los de otras agencias internacionales que la han antecedido en el tiempo, su impacto cultural muy superior y, en suma, lo que ha hecho que la influencia de esta institución haya desbordado sus fronteras y sea un referente clave, es el fuerte y explícito apoyo público que recibió desde un primer momento y que se ha sostenido en el tiempo (O'Malley, 2006). Por tanto, un factor clave reside en que los decisores públicos a nivel macro emitan señales claras sobre la línea estratégica diseñada para el medio y largo plazo.

Se podrá discutir si esa cultura evaluadora que propugna NICE ha calado o no en el medio sanitario español o si existe masa crítica de expertos suficiente para afrontar un reto de estas características. En todo caso, estos problemas los han tenido que afrontar en otros países en uno u otro momento, y en condiciones de partida no mejores a las nuestras en el momento presente (Dickson et al., 2003).

Un aspecto que no debe ser pasado por alto reside en que la aplicación de criterios de evaluación económica hace que se deba justificar las decisiones adoptadas de manera explícita y racional. De ahí su potencial ventaja desde la óptica de la sociedad. Pero también su incomodidad para quien debe rendir cuentas. El apoyo de este tipo de medidas requiere de un compromiso por parte de los responsables decididos a prestar un servicio a la sociedad y a cambio ser objeto de crítica pública, asumiendo que ésta sea la norma más que la excepción en el desempeño de sus cargos. La adopción de criterios transparentes que superen a los actuales en el proceso de toma de decisiones, como mecanismo de rendición de cuentas a la sociedad, se convierte en sí mismo en un elemento positivo a considerar por parte de los servidores públicos.

La creación de un marco adecuado para el desarrollo de una cultura evaluativa y el papel ejercido por una autoridad apoyada explícitamente por los decisores a nivel macro para liderar

dicho proceso, se convierten en condiciones necesarias, aunque no suficientes, para introducir canales de racionalidad explícitos en el proceso de toma de decisiones. Los incentivos de los que se dote a los agentes sanitarios en los niveles de meso y micro gestión para la consecución de resultados que busquen la eficiencia, no como valor único pero sí como elemento a tener en consideración en sus decisiones, será un factor determinante. El esfuerzo de todas las partes en aras de una comprensión mutua, así como el rigor científico, la credibilidad de los investigadores y la aplicabilidad práctica de los estudios están llamados a jugar un papel decisivo en el desarrollo futuro de la evaluación económica.

En este contexto, los economistas deben tener clara la importancia de contar con el apoyo de los profesionales sanitarios dado que, en primer lugar, los equipos que trabajen en la realización de EETS han de ser necesariamente multidisciplinarios, y, en segundo lugar, el resultado de este tipo de trabajos es dotar de información de utilidad a los agentes sanitarios. Adicionalmente, cualquier intento de mejorar la eficiencia de la política de salud que no tenga en cuenta el papel esencial que juegan los profesionales sanitarios dentro del sistema, nacerá gravemente lastrado (Ortún 1990). Afortunadamente, en el lado contiguo, que no opuesto, cada es menor dentro las profesiones sanitarias la visión del economista como un "bárbaro al pie del castillo" (Williams, 1980).

Este último aspecto de comprensión mutua y formación de equipos multidisciplinarios para tratar problemas de economía y gestión de la salud es un aspecto cada vez más comprendido por las distintas partes y probablemente una de las claves del uso futuro de los estudios económicos dentro del proceso de toma de decisiones sanitarias. Esta situación ha estado presente desde los primeros pasos de la economía de la salud y uno de los autores que mejor la ha expresado ha sido uno de los padres de la disciplina, Alan Williams:

"Hace treinta años decidí dedicar el resto de mi carrera a persuadir a la profesión médica y a otros agentes que podían influir en el funcionamiento de los sistemas sanitarios de que la economía era una disciplina intelectual rigurosa que podía ayudarles con los problemas a los que se enfrentaban, y no sólo una molesta restricción que les frenaba a la hora de realizar aquello que querían, tanto a nivel individual como a nivel social" (Williams 2001).

Los trabajos previos en los que se basan estas notas son:

- López-Bastida J y Oliva J (coord.). Propuesta de guía para la evaluación económica aplicada a las tecnologías sanitarias (en prensa)
- Oliva J, Antoñanzas F, Rivero-Arias O. Evaluación económica y la toma de decisiones en salud. El papel de la evaluación económica en la adopción y difusión de tecnologías sanitarias. Informe SESPAS 2008. Gac Sanit. 2008 Apr;22 Suppl 1:137-42
- Oliva J, Bernal E, Puig-Junoy J. Evaluación económica de medicamentos: experiencias y vías de avance. Una visión complementaria. Gaceta Sanitaria 2008; 22(4):358-61.

Referencias

- Asociación de Economía de la Salud (AES). Posición de la Asociación de Economía de la Salud en relación a la necesidad de un mayor uso de la evaluación económica en las decisiones que afectan a la financiación pública de las prestaciones y tecnologías en el sistema nacional de salud. (accesible en www.aes.es) fecha de acceso: 25 de junio de 2008.
- Anell A, Persson U. Reimbursement and clinical guidance for pharmaceuticals in Sweden. Do health economic evaluations support decision making? European Journal of Health Economics. 2005;50:274-9.
- Benach J, Alonso J. El plan de salud de Oregón para el acceso a los servicios sanitarios: contexto, elaboración y características. Gac Sanit 1995; 9: 117-125
- Comité Mixto de Evaluación de Nuevos Medicamentos. Procedimiento normalizado de trabajo del comité mixto de evaluación de nuevos medicamentos de Andalucía, País Vasco, Instituto Catalán de la Salud, Aragón y Navarra. 7ª versión. Septiembre, 2005 (mimeo)
- Dickson M, Hurst J, Jacobzone S. Survey of Pharmacoeconomics Assessment in Eleven Countries. OECD Working Papers 4, Paris, 2003.
- Eddama O, Coast J. A systematic review of the use of economic evaluation in local decision-making. Health Policy. 2008 May;86(2-3):129-41.
- Garber, A. M. (2000): «Advances in Cost-effectiveness Analysis of Health Interventions», en J. P. NEWHOUSE y A. J. CULYER (eds.), Handbook of Health Economics Elsevier, Amsterdam, capítulo 4.
- Gobierno de Canarias. Consejería de Sanidad. Plan de Salud de Canarias 2004-2008.
- Graaf von der Schulenburg JM (ed), «The influence of economic evaluation studies on health care decision-making» IOS Press, Berlin; 2000.
- Hanney S, Buxton M, Green C, Coulson D, Raftery J. An assessment of the impact of the NHS Health Technology Assessment Programme. Health Technol Assess. 2007 Dec;11(53):1-200.
- Jansson S, Anell A. The impact of decentralised drug-budgets in Sweden – a survey of physicians' attitudes towards costs and cost-effectiveness. Health Policy. 2006; 76(3): 299-311.
- Juárez C, Antoñanzas F. Impact of the studies of economic evaluation in health care decision-making. En: «Avances en Gestión Sanitaria» [(Antoñanzas F, Fuster J, Castaño E (coord.)) (XX Jornadas de Economía de la Salud, Palma de Mallorca, Mayo de 2000); 2000. p. 141-50.
- Ley de Uso Racional y Garantías de Medicamentos y Productos Sanitarios de 28 julio de 2006.
- Magem D., Gilabert A., Argimon JM., Puig-Junoy J., Argenté M., Torrent J., Segú LL., Catalán A., De Solà O. Evaluaciones económicas como instrumento de soporte a la gestión de la prestación farmacéutica. XXVII Jornadas de Economía de la Salud. A Coruña, junio 2007.
- Oliva J, Llano J, Fernando Antoñanzas, Carmelo Juárez, Juan Rovira, Montserrat Figueras, Juan Gervás "Impacto de los estudios de evaluación económica en la toma de decisiones sanitarias en Atención Primaria". Cuadernos de Gestión. 2001;7: 192-202.
- Oliva J, Llano J, Antoñanzas F, Juárez C, Rovira J, Figueras M. "Impacto de los estudios de evaluación económica en la toma de decisiones sanitarias en el ámbito hospitalario". Gestión Hospitalaria. 2000; 11(4):171-179.
- O'Malley SP. The Australian experiment: the use of evidence based medicine for the reimbursement of surgical and diagnostic procedures (1998-2004). Aust New Zealand Health Policy. 2006 May 10;3:3
- Ortún, V. (1990): «Incorporación de los criterios de eficiencia económica a las decisiones clínicas», Información Comercial Española. Revista de Economía, número 681-682, mayo-junio, páginas 117-129.
- Plan Estratégico de Política Farmacéutica para el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2004.
- Rawlins M. In pursuit of quality: the National Institute for Clinical Excellence. Lancet. 1999;353:1079-1082.
- Rawlins M, Culyer AJ. National Institute for Clinical Excellence and its value judgments. British Medical Journal 2004;329: 224-227
- Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.
- Sánchez Martínez FI, Abellán Perpiñán JM, Martínez Pérez JE. ¿Cómo se deben establecer y evaluar las prioridades en salud y servicios de salud? Métodos de priorización y disparidades regionales. Informe SESPAS 2008. Gac Sanit. 2008;22(Supl 1):126-36
- Sheldon TA, Cullum N, Dawson D, Lankshear A, Lowson K, Watt I, West P, Wright D, Wright J. What's the evidence that NICE guidance has been implemented? Results from a national evaluation using time series analysis, audit of patients' notes, and interviews. BMJ. 2004 Oct 30;329(7473): 999.
- Sorenson C, Kanavos P, Drummond M. Ensuring value for money in health care: The role of HTA in the European Union. En: Financing Sustainable Healthcare in Europe: New Approaches for New Outcomes. Documento accesible en: <http://www.sustainhealthcare.org/> (último acceso realizado el 17 de abril de 2007)
- US Congress, Office of Technology Assessment (1978): Assessing the Efficacy and Safety of Medical Technologies, publication número OTA-75, Washington DC: US Government Printing Office.
- Williams, A. (1980): «Lo que la gente humanitaria debería saber acerca del análisis económico», en J. ARTELLS; G. MOONEY y A. WILLIAMS, Diálogos sobre Economía de la salud, Banco Urquijo,
- Williams, A. (2001): «Applying Economics in a Hostile Environment: The Health Sector», Gaceta Sanitaria, número 15 (1), páginas 68-73. Barcelona.