

Evaluación económica y toma de decisiones en salud. El papel de la evaluación económica en la adopción y la difusión de tecnologías sanitarias. Informe SESPAS 2008

Juan Oliva^{a,b} / Fernando Antoñanzas^c / Oliver Rivero-Arias^d

^aUniversidad de Castilla-La Mancha, España; ^bFEDEA; ^cUniversidad de La Rioja, España; ^dUniversity of Oxford, Reino Unido.

(Economic evaluation and decision-making in health. The role of economic evaluation in the adoption and spread of health technologies)

Resumen

La evaluación económica de tecnologías sanitarias (EETS) se ha convertido en una herramienta básica para ayudar en la toma de decisiones en materia de salud. El continuo desarrollo de aspectos metodológicos y su posible aplicación directa a la realidad de cada país la han situado como elemento importante en la agenda de los responsables sanitarios. Este artículo introduce los objetivos generales de la EETS y describe la experiencia de varios países europeos donde se emplean dichas técnicas para decidir si se implementa una tecnología sanitaria. A continuación se evalúa la situación de España y el papel que ejerce la EETS en estos momentos. Finalmente, se identifican tareas pendientes y se mencionan algunas recomendaciones para consolidar la EETS como herramienta fundamental en la toma de decisiones sanitarias.

Palabras clave: Evaluación económica. Eficiencia. Costes. Resultados. Tecnología sanitaria.

Abstract

Economic evaluation of health care technologies (EEHT) has become a basic tool in the decision-making process in health. The continuous development of methods and their direct application to reality have placed EEHT as a key item on the agenda of health policy makers across countries. The present article introduces the aims of EEHT and describes the experience of several European countries where economic evaluation studies are currently used to select the health technologies to be implemented. The role played by EEHT in Spain at the present time is then discussed. Finally, pressing tasks are identified and recommendations are made for the consolidation of EEHT as a basic element in the decision-making process of health care technologies.

Key words: Economic evaluation. Efficiency. Costs. Outcomes. Health technology.

Ideas clave

• *Qué sabemos*

La evaluación económica de tecnologías sanitarias ha cobrado peso en el ámbito europeo como herramienta que se emplea con naturalidad en la toma de decisiones sanitarias. No obstante, España es uno de los países que más tímidamente se ha posicionado sobre su utilización.

• *Qué aporta este capítulo*

- Se muestran tres vías alternativas que han seguido tres países europeos para incorporar la evaluación económica. No hay una vía única, sino diferentes programas o métodos para favorecer la utilización de estas herramientas.
- La introducción de una cultura evaluadora es un elemento clave.
- Describe la situación española a la luz de las últimas reformas normativas, planes estratégicos y desarrollos institucionales adoptados.
- Señala la dicotomía entre la evaluación de los medicamentos y del resto de tecnologías sanitarias.

Correspondencia: Juan Oliva.

Universidad de Castilla-La Mancha.

Correo electrónico: juan.olivamoreno@uclm.es;

fernando.antonanzas@unirioja.es; oliver.rivero@dphpc.ox.ac.uk

Introducción

La evaluación económica de tecnologías sanitarias (EETS) está alcanzando su edad dorada en Europa. La principal causa de este florecimiento se debe al papel impulsor que están desempeñando las autoridades públicas en su desarrollo, utilizando estas herramientas como elemento clave en las estrategias de adopción y difusión de las innovaciones sanitarias. Los responsables sanitarios europeos tienen el deber de conjugar el acceso a sus ciudadanos a los avances terapéuticos que ayuden a mejorar su salud con la sostenibilidad financiera de los sistemas sanitarios públicos, hecho que podría amenazar la adopción indiscriminada de tecnologías sanitarias^a. Por esta razón, en varios países se ha vuelto la mirada recientemente a la evaluación económica (EE) como fuente de información sobre costes y resultados en salud.

La EE es un conjunto de herramientas que persigue la consecución de la eficiencia en la asignación de recursos. Eficiencia entendida como la maximización de las ganancias en salud dados los recursos limitados que tenemos a nuestro alcance. Puesto que hay múltiples alternativas donde asignar dichos recursos, la evaluación económica trata de poner al alcance de las personas que toman decisiones en el medio sanitario la información relevante desde el punto de vista de la eficiencia. La idea básica es comparar la efectividad y los costes de una determinada intervención con la mejor alternativa disponible. Es decir, se evalúa si la efectividad adicional que ofrece una nueva tecnología compensa sus costes adicionales utilizando la relación o cociente coste-efectividad incremental.

La utilización de estas herramientas en el medio sanitario es relativamente reciente¹. La Universidad de York, con Allan Williams a la cabeza, contribuyó a difundir su uso, a la vez que daba soporte a las decisiones del célebre National Health Service. Incluso, con la aprobación en 1984 por parte de la Organización Mundial de la Salud de las «38 metas de Salud para todos en el año 2000», se apuntaba a que todos los países habrían de contar con un mecanismo formal para evaluar la implantación y el uso de las tecnologías sanitarias para 1990, de manera que se estudiase su eficacia, seguridad y eficiencia. No obstante, los primeros planes or-

ganizados y sistemáticos de aplicación de estos métodos que se llevaron a la práctica datan de comienzos de los años noventa. Concretamente, Australia en el año 1993 y la provincia canadiense de Ontario, un año después, incorporaron la presentación de estudios de evaluación económica como requisito administrativo previo a la fijación del precio y reembolso público de los nuevos medicamentos y productos sanitarios.

Algo se mueve en Europa

En Europa existen agencias de evaluación de tecnologías desde hace bastantes años, y entre las primeras se encuentran algunas de las agencias españolas. No obstante, la creación del National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) en el año 1999 marca un antes y un después en el contexto europeo. La cultura creada en torno al NICE, el continuo debate sobre sus logros y sus limitaciones, y la difusión de su filosofía, ha trascendido las fronteras de su ámbito de aplicación. En los últimos años han surgido numerosas agencias de diferente naturaleza en varios países europeos, dotadas por los respectivos reguladores nacionales de medios y poderes en el proceso de toma de decisiones desconocidos en Europa hasta el momento.

La experiencia europea muestra que cuando la naturaleza de estas agencias es meramente de carácter consultivo y están dirigidas a proveer a los profesionales sanitarios de la información necesaria para lograr una atención sanitaria eficiente y de calidad para sus pacientes, su impacto será limitado, a no ser que reciban un fuerte respaldo explícito por parte de los máximos responsables sanitarios. Otra opción la representan las agencias 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 agencias de evaluación, con diferentes atribuciones^{2,3}.

Tres ejemplos de aplicaciones alternativas

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. Por ello, en este epígrafe se pretende repasar tres experiencias, a modo de ejemplo, siempre teniendo en cuenta que no es conveniente impor-

^aEntiéndase tecnología sanitaria en sentido amplio. Es decir, una tecnología sanitaria sería cualquier método utilizado para promocionar la salud, prevenir y tratar enfermedades y mejorar la rehabilitación o los cuidados sanitarios a largo plazo. El término «tecnología» en este contexto no se refiere solamente a nuevos medicamentos o piezas de equipos sanitarios sofisticados, sino que incluye además intervenciones, organización de la atención sanitaria y programas de cribado (definición recomendada por el NHS Health Technology Assessment Programme en el Reino Unido (<http://www.hta.nhsweb.nhs.uk/aboutHTA.htm>)).

tar decisiones tomadas en otros contextos directamente, sin una adaptación previa.

Inglaterra y Gales

El NICE se crea en 1999 como organización independiente, aunque forma parte del National Health Service (NHS). Su objetivo es orientar y ayudar a promover la mejora de la salud mediante la prevención y el tratamiento de las enfermedades. Por tanto, debe proveer a los profesionales sanitarios de las herramientas necesarias para lograr una atención de calidad y coste-efectiva para sus pacientes⁴.

Estas orientaciones se articulan de la siguiente manera: directrices para la evaluación de tecnologías sanitarias, guías clínicas, directrices sobre la seguridad de procedimientos y tratamientos, y directrices sobre salud pública. La evaluación económica está presente en cada una de ellas y es un requisito obligatorio que debe incluirse dentro de las directrices a excepción de las directrices sobre la seguridad de procedimientos y tratamientos. El NHS, específicamente su Departamento de Salud, marca la agenda anual del NICE. Por ello, es posible que hasta ahora algunas tecnologías y medicamentos necesiten la aprobación de la organización para su implementación en el sistema, y otras no.

Los primeros estudios sobre el seguimiento y la puesta en práctica de las recomendaciones de las guías e informes del NICE por parte de los centros y profesionales sanitarios indicaban una elevada variabilidad⁵. La probabilidad de seguir sus recomendaciones era más elevada en los centros donde había un apoyo profesional e institucional para ello, cuando no había dudas científicas sobre la mayor efectividad del nuevo tratamiento, cuando no implicaba un aumento en los costes (si la financiación del incremento no estaba cubierta) y cuando los profesionales sanitarios trabajaban en equipos, no de manera aislada. Como consecuencia de ello, desde enero de 2002, el NHS se comprometió legalmente a financiar los medicamentos y tratamientos recomendados por el NICE y a asegurar que dichos productos estén a disposición de los pacientes que los requieran en un plazo máximo de 3 meses a partir de la publicación de la recomendación.

El NICE ha recibido muchas críticas relacionadas con la viabilidad de la implementación de sus recomendaciones, la calidad de sus directrices y su disponibilidad a pagar por ganancias en salud, es decir, su máxima razón coste-efectividad aceptable⁶⁻⁸. El máximo responsable de la organización publicó un artículo en el *British Medical Journal*, donde explicaba la postura del NICE sobre este asunto en el año 2004⁹. Aunque este valor no tiene ningún soporte empírico por ahora, las intervenciones cuyo cociente coste-efectividad incremental se encuentre entre 5.000 libras (7.400 euros) y 15.000 libras (22.000 euros) por años de vida

ajustados por calidad (AVAC) es poco probable que sean rechazadas por el NICE. Sin embargo, una vez esa cifra se sitúe entre 25.000 libras (euros 37.000) y 30.000 libras (44.500 euros), se requerirían razones especiales para que esta tecnología se incluyese en las listas del sistema sanitario. Estas razones pueden estar relacionadas con la equidad o con promesas de futura evidencia sobre la efectividad de la tecnología. Por encima de 30.000 libras (44.500 euros) es poco probable que el NICE recomiende la tecnología.

Holanda

La evaluación económica se requiere en Holanda desde enero de 2005 para medicamentos nuevos, innovadores, de prescripción para pacientes ambulatorios, y no relacionados con otras especialidades que, además, busquen la recompensa de unos mayores precios. Hasta ese año sólo se analizaba la repercusión en el presupuesto. A fin de incorporar el nuevo instrumento, se crea un comité encargado de revisar la documentación aportada por la industria farmacéutica, contando entre sus miembros con tres expertos en evaluación económica. Un potencial problema reside en que son escasos los profesionales del ámbito clínico con experiencia añadida en EE, de manera que se facilite un intercambio fluido de ideas. Los laboratorios farmacéuticos son los encargados de elaborar y presentar los estudios conforme con las guías metodológicas publicadas en 1999, más unas guías sobre los costes unitarios de cada intervención o acto sanitario. La perspectiva de los estudios ha de ser la de la sociedad y se recomienda emplear el análisis de coste-utilidad. El mencionado comité audita, consulta con el laboratorio en caso de dudas y solicita una nueva versión del informe, si así se cree necesario, de manera que emite un dictamen acerca de los resultados del informe de evaluación económica.

El dictamen del comité es considerado en el Ministerio de Salud, junto con otros criterios, como la utilización del fármaco, la ventaja clínica para los pacientes y la repercusión en el presupuesto. Adicionalmente, se tiene en cuenta la necesidad de tratamiento para el paciente, donde se barajan diversos elementos, como la gravedad de la enfermedad, la responsabilidad colectiva/individual por los estilos de vida, la equidad y los criterios éticos. En el mismo proceso, se efectúan consultas con asociaciones de médicos y pacientes relacionados con el fármaco. Finalmente, el Ministerio adopta una decisión, la cual, como se ha descrito, no sólo se basa en el resultado de la evaluación económica sino de más elementos. Esa decisión, además de fijar un precio y admitir o denegar el reembolso público del fármaco, puede incluir restricciones de la indicación sobre la información contenida en la ficha técnica, fijar un presupuesto total para el medicamento o proponer un con-

trato de riesgo compartido (p. ej., determinando un umbral de ventas a partir del cual los siguientes envases serían reembolsados a un precio distinto al original).

Antes de la resolución final por parte del Ministerio de Salud ha habido otras decisiones preliminares, de modo que puede decirse que están fragmentadas en diferentes consejos asesores, a diferencia, por ejemplo, de la manera de proceder del NICE británico. Finalmente, cabe señalar que dentro de este nuevo proceso administrativo, los laboratorios no pueden reclamar sobre los contenidos de los informes sino únicamente sobre cuestiones formales.

Suecia

En octubre del año 2002 se crea el Instituto Läke-medelsförmånsnämnden (LFN, o Comité de Beneficios Farmacéuticos). Según sus estatutos, los principios rectores por los cuales se rige esta agencia son los de dignidad humana, necesidad y solidaridad, eficiencia (explícitamente se menciona el concepto coste-efectividad) y beneficio marginal. A mediados del año 2005, esta agencia sueca había tomado 107 decisiones sobre reembolso². En 82 casos los reembolsos se habían producido sin limitaciones. Es decir, habían atendido exactamente a la petición que hacía el laboratorio que comercializaba el producto. Estos productos, en general, tienen una buena relación entre lo que cuestan y lo que aportan, y son también medicamentos huérfanos que no se pueden medir por patrones de eficiencia de manera rígida. En otros 13 casos hubo una denegación directa del reembolso debido a decisiones sobre el grado de prioridad de los problemas de salud que trataban los fármacos (disfunción eréctil) o a la mala relación entre el coste y la efectividad marginales al precio solicitado. Los casos más interesantes son los de reembolso condicionado. Las dos partes, agentes públicos y privados, acuerdan un contrato de riesgo compartido, mediante el cual las empresas se comprometen a seguir buenas prácticas en la promoción de los productos estrictamente para las indicaciones aprobadas y de continuar estudiando los resultados de efectividad, esto es, los resultados en la práctica clínica habitual, sobre pacientes reales, de sus productos. A cambio, el agente público está dispuesto a recompensar con un mayor precio las innovaciones terapéuticas.

Se pueden derivar varias lecciones del caso sueco. En primer lugar, el LFN ha permitido que se tomen decisiones apoyadas por información proveniente de estudios de coste-efectividad. Es decir, decisiones basadas no sólo en calidad, en seguridad y en eficacia, sino también en eficiencia. En segundo lugar, la mayor parte de las decisiones de la Agencia son cambios y revisiones de precio. Para ello, estas herramientas no requieren evaluación económica. En tercer lugar, para el caso de Suecia no hay un umbral aceptado o revelado de coste

por AVAC. Esto es, la agencia sueca no admite explícitamente que se financiarán todas las tecnologías que supongan un coste de hasta X coronas suecas por AVAC. En cuarto lugar, mediante los contratos de riesgo compartido, el Ministerio decide que el medicamento será financiado públicamente siempre y cuando en la etapa de comercialización se cumpla con ciertas reglas de juego preestablecidas. Es decir, en principio, el actor público está dispuesto a pagar un precio razonablemente más elevado por medicamentos más eficaces, pero si se incumplen las reglas del juego o no queda demostrada la mayor efectividad del producto, la empresa comercializadora queda obligada a devolver una parte de la facturación. En quinto lugar, otro elemento importante es que esta agencia, a diferencia del NICE, debe cumplir con la directiva de la Unión Europea sobre transparencia. Debe dictar sus resoluciones en un plazo de 180 días, lo cual agiliza mucho más los procesos. En el caso de NICE se puede tardar 2 o 3 años antes de llegar a una resolución. Finalmente, y es un detalle importante, a pesar de tratarse de una agencia centralizada, se realiza un control a un segundo nivel por comités regionales y locales bastante más restrictivos que la Agencia nacional (3). La principal conclusión es que en Suecia se ha creado la cultura de valorar no sólo la eficacia o la efectividad sino también su relación con el coste.

Cuestiones pendientes

Cada país ha adoptado diferentes procesos en sus apuestas para insertar la información proveniente de la EETS en la toma de decisiones. No obstante, lo relevante es que los conceptos y la cultura evaluadora proveniente de este campo han impregnado a los agentes sanitarios en diferentes ámbitos de decisión. Es el primer paso de un proceso que se debe consolidar y en el que se debería avanzar en los próximos años.

La evaluación de tecnologías sanitarias sólo es útil si contribuye al proceso de toma de decisiones. Pero para demostrar su utilidad se deben cumplir unos requerimientos básicos. Si no hay un mínimo de información sobre las tecnologías evaluadas, la valoración será inútil y no hará sino retrasar la decisión sobre la adopción (limitada) o el rechazo de la nueva tecnología. Asimismo, es preciso subrayar la diferencia entre la normativa aplicable para la aprobación de una nueva tecnología, donde ésta debe demostrar su no inferioridad en materia de seguridad, calidad y eficacia frente a sus competidores, y donde no siempre se realizan comparaciones directas con las alternativas más prescritas o empleadas, y los requerimientos «ideales» que se recomiendan por parte de las agencias de evaluación de tecnologías.

Asimismo, hay varias cuestiones aún pendientes de perfeccionamiento¹⁰. En primer lugar, debería haber un mayor grado de transparencia con el fin de que la decisión adoptada huyera de criterios discrecionales y se basara, en la medida de lo posible, en la información clínica y económica existente. En segundo lugar, las EETS se centran casi exclusivamente en nuevas (y caras) tecnologías. No obstante, deberían dedicarse más esfuerzos a la identificación de prácticas no evaluadas y de dudosa efectividad, o elevada variabilidad entre profesionales o donde la indicación sigue sin ser clara. De manera complementaria, se constata una notable falta de investigación en áreas específicas, como las intervenciones en salud pública. Los estudios internacionales de EETS se han centrado especialmente en medicamentos, seguidos de pruebas diagnósticas, intervenciones y procedimientos quirúrgicos y dispositivos médicos. No obstante, la evaluación de otras áreas de vital importancia, como las intervenciones de carácter preventivo que afectan a hábitos y estilos de vida (tabaquismo, obesidad, alcoholismo, etc.) es inexistente o prácticamente nula. Finalmente, también es importante el *timing* en el cual se realiza la EETS. Generalmente, la evaluación suele producirse cuando menos información se tiene sobre la nueva tecnología, es decir, en el momento de su aprobación. Los datos estarán limitados a la eficacia en la mayor parte de los casos, con ausencia de información sobre su efectividad real. Por ello, sería interesante hacer un seguimiento de la entrada de una nueva tecnología y considerar la evaluación como un proceso continuo, en el cual se iría incorporando nueva información a medida que ésta se fuera generando. En este sentido, será útil observar la evolución de las experiencias de varios países en la adopción de contratos de riesgo compartido entre financiadores y empresas comerciales de tecnologías, allí donde haya dudas razonables sobre la indicación de un producto o la posible brecha entre eficacia y efectividad de éste. Estas situaciones pueden llevar a renegociar el precio de un producto e incluso a replantearse su financiación pública (en un sentido u otro). No obstante, hay que ser consciente de la complejidad del proceso y la cantidad de recursos que habría que invertir si se quisiera generalizar este procedimiento a todas las tecnologías incluidas en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud (SNS). Por tanto, estas medidas deben estar restringidas a tecnologías seleccionadas.

España

En España, el marco regulatorio y la voluntad de los decisores sanitarios no ha favorecido el desarro-

llo de la EETS. Si bien la Ley del Medicamento del año 1990 establecía que la prestación de medicamentos por el 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 EETS, ello no se concretó en la práctica. El Plan Estratégico de Política Farmacéutica para el SNS (2004), apostaba claramente por el análisis «farmacoeconómico». 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 si se incorpora la EETS como criterio de peso en la negociación del precio y la decisión de financiación pública de los medicamentos. A su vez, la publicación del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del SNS y el procedimiento para su actualización sí señala en su artículo 5.1. que «Para la definición, detalle y actualización de la cartera de servicios comunes se tendrá en cuenta la seguridad, eficacia, eficiencia, efectividad y utilidad terapéuticas de las técnicas, tecnologías y procedimientos, así como las ventajas y alternativas asistenciales, el cuidado de grupos menos protegidos o de riesgo y las necesidades sociales, y su impacto económico y organizativo...». No obstante, el artículo 7.4 señala claramente que «No se aplicará el régimen de actualización previsto en esta norma a la prestación farmacéutica, que se regirá por su propia normativa...».

Por su parte, mientras la Administración Central no da señales claras sobre el papel que le aguarda a la EETS en el proceso de toma de decisiones en el área de los medicamentos, las autoridades sanitarias autonómicas han promocionado desde hace años agencias de evaluación de tecnologías, si bien es justo reconocer que el impacto real de sus informes es hasta el momento desconocido^b. De hecho, estas agencias autonómicas suelen enfocar sus estudios hacia tecnologías sanitarias no basadas en fármacos, mientras que, a su vez, en las mismas autonomías surgen otras unidades para evaluar los fármacos, utilizando criterios y méto-

^bHay otras experiencias interesantes en España, 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. Otra experiencia novedosa es la formación del Comité Mixto de Evaluación de Nuevos Medicamentos compuesto por las comunidades de Andalucía, País Vasco, Navarra, Aragón y Cataluña, cuyo objetivo principal es el análisis de la aportación terapéutica de los nuevos medicamentos.

dos no siempre comunes a los empleados por las agencias. Esta situación, evidentemente, dificulta la transferencia de los resultados entre las diferentes unidades de evaluación dentro y fuera de cada comunidad autónoma, lo que hace poco eficiente el propio proceso de evaluación.

Acaso sea justo reconocer que, hasta el momento, el impacto que tiene la EETS en la práctica habitual sanitaria y el grado de utilización de los agentes sanitarios de estas herramientas en sus decisiones son muy limitados debido a la existencia de barreras de carácter administrativo, metodológico y de aplicación práctica¹¹⁻¹³. Situación no muy diferente de la que se vivía en otros países europeos¹⁴.

Ello, antes que desanimar, señala el camino de avance si pretendemos que los profesionales sanitarios, tanto a nivel macro como meso y micro, incluyan la EETS entre la información relevante que debe manejar en su toma de decisiones.

Conclusiones

En suma, la EETS puede y debe tener un lugar destacado en el proceso de toma de decisiones sanitarias. Aún queda un largo camino para mejorar la solidez de los métodos empleados y en modo alguno se debe pretender el establecimiento de un mecanismo de priorización de servicios sanitarios basado exclusivamente en criterios de eficiencia. Los estudios de EE deben servir para ayudar a la toma de decisiones y no para reemplazarla mecánicamente.

La EETS es hija de la complejidad y la incertidumbre de los resultados que presenta, pero estas circunstancias no son ajenas a otros campos de la investigación y actuación sanitaria, así como al propio proceso de toma de decisiones. En realidad, los estudios de evaluación económica no deberían ser juzgados tanto por su perfección académica como por su contribución a tomar decisiones mejores que las que se habrían tomado en su ausencia¹⁵.

La conjunción del conocimiento de la eficiencia y de la repercusión presupuestaria de una tecnología constituye un elemento informativo de carácter económico indispensable si queremos garantizar el aprovechamiento de los recursos financieros públicos para proveer a la población de una atención sanitaria adecuada y sostenible.

Agradecimientos

Agradecemos a Salvador Peiró y Jaume Puig-Junoy la cita de Drummond y Sculpher.

Bibliografía

1. Klarman HE, Francis JO, Rosenthal GD. Cost effectiveness analysis applied to the treatment of chronic renal disease. *Medical Care*. 1968;6:48-54.
2. Anell A, Persson U. Reimbursement and clinical guidance for pharmaceuticals in Sweden. Do health economic evaluations support decision making? *Eur J Health Econ*. 2005;50:274-9.
3. 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;76:299-311.
4. Rawlins M. In pursuit of quality: the National Institute for Clinical Excellence. *Lancet*. 1999;353:1079-82.
5. Sheldon TA, Cullum N, Dawson D, Lankshear A, Lowson K, Watt I, et al. 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;329:999.
6. Cookson R, McDaid D, Maynard A. Wrong SIGN, NICE mess: is national guidance distorting allocation of resources? *BMJ*. 2001;323:743-5.
7. Dent THS, Sadler M. From guidance to practice: Why NICE is not enough. *BMJ*. 2002;324:842-5.
8. Devlin N, Parkin D. Does NICE have a cost-effectiveness threshold and what other factors influence its decisions? A binary choice analysis. *Health Economics*. 2004;13:437-52.
9. Rawlins M, Culyer AJ. National Institute for Clinical Excellence and its value judgments. *BMJ*. 2004;329:224-7.
10. 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* [citado 17 Abr 2007]. Disponible en: <http://www.sustainhealthcare.org/>
11. Juárez C, Antoñanzas F. Impact of the studies of economic evaluation in health care decision-making. En: Antoñanzas F, Fuster J, Castaño E, coordinadores. *Avances en gestión sanitaria. XX Jornadas de Economía de la Salud*. Palma de Mallorca, mayo de 2000. p. 141-50.
12. Oliva J, Del Llano J, Antoñanzas F, Juárez C, Rovira J, Figueras M, et al. Impacto de los estudios de evaluación económica en la toma de decisiones sanitarias en atención primaria. *Cuadernos de Gestión*. 2001;7:192-202.
13. Oliva J, Del 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;11:171-9.
14. Graaf von der Schulenburg JM, editor. *The influence of economic evaluation studies on health care decision-making*. Berlin: IOS Press; 2000.
15. Drummond M, Sculpher M. Common methodological flaws in economic evaluations. *Medical Care*. 2005;43 7 Suppl:5-14.