

Revisión

Priorización de intervenciones sanitarias. Revisión de criterios, enfoques y rol de las agencias de evaluación



Leonor Varela-Lema*, Gerardo Atienza-Merino y Marisa López-García

Unidade de Asesoramento Científico-Técnico, avalia-t, Axencia Galega do Coñecemento en Saúde (ACIS), Santiago de Compostela, A Coruña, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 18 de abril de 2016

Aceptado el 21 de septiembre de 2016

On-line el 3 de enero de 2017

Palabras clave:

Evaluación de tecnologías sanitarias

Toma de decisiones

Prioridades en salud

Criterios

Asignación de recursos

RESUMEN

Objetivo: El presente trabajo surge con el propósito de desarrollar una metodología explícita para la selección de prioridades sanitarias que apoye la toma de decisiones sobre las tecnologías a evaluar de cara a su inclusión en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud. El objetivo principal es identificar y analizar los criterios, procesos y marcos conceptuales empleados para la priorización de intervenciones sanitarias en el ámbito nacional e internacional.

Método: Se ha llevado a cabo una revisión exhaustiva de la literatura. Para ello, se ha buscado en las principales bases de datos biomédicas y se han revisado las páginas web de las principales agencias de evaluación, entre otras fuentes.

Resultados: En términos generales, se encontró que no existen criterios universales ni procedimientos estándar para la asignación de prioridades, aunque se han identificado algunos acuerdos y tendencias comunes respecto a aspectos fundamentales (criterios, modelos y estrategias, actores clave, etc.). Globalmente se identificaron ocho dominios críticos: 1) necesidad de la intervención; 2) resultados en salud; 3) tipo de beneficio de la intervención; 4) consecuencias económicas; 5) conocimiento existente sobre la intervención/calidad e incertidumbre de la evidencia; 6) implementación y complejidad de la intervención/factibilidad; 7) prioridad, justicia y ética; y 8) contexto global.

Conclusiones: La revisión proporciona un análisis detallado de los aspectos relevantes y ofrece recomendaciones clave para el desarrollo de un marco de priorización nacional. Se plantea que esta información podría ser útil para diferentes organizaciones públicas que pretendan establecer prioridades sanitarias.

© 2016 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Priority setting of health interventions. Review of criteria, approaches and role of assessment agencies

ABSTRACT

Objective: This study was carried out to develop an explicit health priority setting methodology to support decision-making regarding the technologies to be assessed for inclusion in the National Health Service portfolio. The primary objective is to identify and analyse the criteria, approaches and conceptual frameworks used for national/international priority setting.

Method: An exhaustive review of the literature was carried out. For this purpose, a search of the main biomedical databases was performed and assessment agency websites were reviewed, among other sources.

Results: In general terms, it was found that there are no standardised criteria for priority setting, although some consensus and common trends have been identified regarding key elements (criteria, models and strategies, key actors, etc.). Globally, 8 key domains were identified: 1) need for intervention; 2) health outcomes; 3) type of benefit of the intervention; 4) economic consequences; 5) existing knowledge on the intervention/quality of and uncertainties regarding the evidence; 6) implementation and complexity of the intervention/feasibility; 7) priority, justice and ethics; and 8) overall context.

Conclusions: The review provides a thorough analysis of the relevant issues and offers key recommendations regarding considerations for developing a national prioritisation framework. Findings are envisioned to be useful for different public organisations that are aiming to establish healthcare priorities.

© 2016 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Keywords:

Health technology assessment

Decision making

Health priorities

Criteria

Resource allocation

Introducción

Por «tecnología sanitaria» se entiende cualquier intervención que pueda ser empleada para promover la salud, prevenir, diagnosticar, tratar una determinada condición clínica o rehabilitar a

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: avalia-t1@sergas.es (L. Varela-Lema).

pacientes con dicha condición¹. Bajo este concepto se incluyen el conjunto de medicamentos, dispositivos y procedimientos médicos o quirúrgicos usados en la atención sanitaria, así como los sistemas organizativos y de apoyo dentro de los cuales se proporciona dicha atención. La Red Europea de Evaluación de Tecnologías (EUnetHTA) considera la evaluación de tecnologías sanitarias como el proceso multidisciplinario que sintetiza la información sobre aspectos clínicos, sociales, económicos y éticos relacionados con el uso de la tecnología mediante un proceso sistemático, transparente y libre de sesgos². La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la evaluación de tecnologías sanitarias como la evaluación sistemática de las propiedades, los efectos o el impacto de una tecnología sanitaria³. Entre sus objetivos destaca el proporcionar información fiable, relevante y útil para la toma de decisión sobre la incorporación de las tecnologías en los sistemas sanitarios, aunque también puede contribuir a informar el desarrollo de guías y protocolos clínicos, indicadores de calidad, planificación de presupuestos y fijación de precios.

En este sentido, la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud (RedETS), formada por las agencias o unidades de evaluación de la Administración General del Estado y las comunidades autónomas, se creó con el objetivo de dar soporte a las decisiones sobre la cartera común básica de servicios asistenciales del Sistema Nacional de Salud (SNS). La RedETS participa en la identificación de tecnologías relevantes y se encarga de evaluar las propuestas de actualización que desde la Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación del Ministerio estiman que son relevantes y que precisan una evaluación^{4,5}. La priorización se realiza atendiendo a los criterios básicos recogidos en la normativa, pero actualmente no existe un procedimiento explícito para determinar el valor relativo de las distintas opciones. La actual revisión, realizada dentro del plan de trabajo anual RedETS, se ha desarrollado a petición de la Comisión con el propósito de identificar criterios, procesos y marcos conceptuales que puedan servir de base para su desarrollo.

En este trabajo se presentan los principales hallazgos y conclusiones de la revisión. Puesto que el propósito de la priorización es definir qué tecnologías deberían ser evaluadas de cara a su incorporación en la cartera básica, el análisis se restringió a este ámbito, incluyendo información sobre todas las agencias de evaluación que tienen en marcha procesos de priorización destinados a informar políticas de financiación/reembolso. Se proporciona un resumen detallado de los criterios, dominios y abordajes, y se evalúan la posible aplicabilidad y la extrapolación de los métodos al SNS.

Métodos

Se realizó una búsqueda bibliográfica, sin límite temporal de inicio y hasta abril de 2015, en las principales bases de datos

biomédicas (MEDLINE, Embase, Cochrane y CRD HTA database). Para ello se diseñó una estrategia específica de búsqueda combinando los términos: “biomedical technology”, “technology assessment, biomedical”, “technology”, “intervention” con “priority”, “prioriti*”, “selection” con “criteria”, “setting”, “approach*” y “procedure*”. Asimismo, se revisaron las páginas web de las agencias internacionales pertenecientes a EUnetHTA y a INAHTA, y se buscó manualmente en la principal revista científica de la especialidad (*International Journal of Technology Assessment Health Care*). Adicionalmente se realizó una búsqueda general en el motor de búsqueda Google y Google Académico para localizar literatura gris, y se revisaron las citas bibliográficas de los estudios incluidos.

Los artículos que podían ser relevantes fueron seleccionados por dos investigadores independientes atendiendo a una serie de criterios de inclusión/exclusión previamente predefinidos (tabla 1). No se consideró pertinente aplicar una escala de calidad metodológica o gradación de evidencia al no abordar una pregunta de investigación clínica.

En la figura 1 se detalla el proceso de selección de los artículos y los motivos de exclusión de los artículos potencialmente relevantes.

Resultados

Criterios para la determinación de prioridades en el ámbito sanitario

El actual trabajo incluye ocho estudios que abordan la identificación, la selección o la clasificación de criterios empleados en el ámbito internacional para el establecimiento de prioridades sanitarias. En la tabla 2 se describen los dominios y criterios generales identificados o propuestos en dichos estudios, detallando los términos conceptuales utilizados para clasificarlos.

Tres de los estudios recuperados hacen referencia a la herramienta EVIDEM^{6–8}. Esta herramienta multicriterio, desarrollada a partir de un análisis exhaustivo de la literatura, la opinión de expertos y diferentes experiencias internacionales, refiere en su última versión publicada en la página web (<https://www.evidem.org/>) 13 criterios cuantitativos universales (5 dominios) y 7 criterios cualitativos contextuales (3 dominios) (tabla 2).

Dos estudios son revisiones sistemáticas de la literatura. La primera⁹ recoge que en todo el mundo se emplean 360 criterios de decisión diferentes para la asignación de recursos sanitarios. Los dominios más citados son el contexto global (106 citaciones), la prioridad, la ética y la justicia (90 citaciones), los resultados en salud (81 citaciones) y el impacto económico (75 citaciones). La segunda¹⁰ identifica 22 criterios principales para la selección de prioridades en cuanto a las nuevas tecnologías sanitarias. Los criterios considerados con mayor frecuencia en los países a que hace referencia esta revisión (12 países y el Estado de Oregón en los

Tabla 1
Criterios de selección de los estudios

Tipos de publicaciones	Inclusión: artículos publicados en revistas con revisión por pares y documentos publicados en páginas web oficiales Exclusión: comunicaciones a congresos, cartas al director, editoriales, comentarios
Tipos de artículos/documentos	Inclusión: artículos originales (estudios cualitativos, encuestas, entrevistas, métodos de consenso, paneles de expertos), revisiones sistemáticas, formulaciones de marcos conceptuales basados en la evidencia/opinión de expertos, guías/manuales de procedimientos o artículos de divulgación Exclusión: artículos de opinión personal
Alcance	Inclusión: artículos que abordan la identificación, selección o categorización de criterios de priorización, definen o proponen marcos estratégicos u operativos para la selección de prioridades sanitarias, o describen los mecanismos o los procesos empleados por distintas agencias nacionales e internacionales para priorizar tecnologías sanitarias Exclusión: desarrollos metodológicos
Ámbito	Inclusión: procesos de priorización destinados a informar políticas de reembolso y financiación Exclusión: procesos de priorización dirigidos a otros ámbitos (informar el desarrollo de guías, protocolos clínicos, sistemas de detección de tecnologías nuevas o emergentes, observación de tecnologías, desinversión, unidades de evaluación de tecnologías de ámbito sanitario, etc.)
Idioma	Inclusión: estudios en español, inglés, italiano, francés y portugués.
Marco temporal	Sin límite

Tabla 2
 Dominios y criterios de priorización identificados o propuestos en los estudios incluidos en la revisión

Dominio	Criterios	Dominios alternativos	Criterios alternativos
Necesidad de la intervención ^{a,c,f}	<ul style="list-style-type: none"> – Gravedad de la enfermedad^{b,c} – Gravedad de la enfermedad diana/condición clínica – Tamaño población^{a,f} – Necesidad no satisfecha/disponibilidad de alternativas^c/variabilidad^f 	<ul style="list-style-type: none"> Enfermedad diana^b Contexto terapéutico^{b,4} Distribución nivel salud^e 	<ul style="list-style-type: none"> – Gravedad de la enfermedad^{b,d} – Determinantes de la enfermedad^b – Carga de la enfermedad^b/amenaza para la vida^d – Tamaño población^d – Carga económica^d – Epidemiología^b, – Alternativas terapéuticas^b – Necesidad^{b,d} – GPC y protocolos^{b,d} – Uso existente^b – Estatus socioeconómico^e – Lugar de residencia, sexo y género, etnia y orientación sexual^e – Disponibilidad de alternativas^e
Resultados comparados ^a /resultados en salud ^{b,d} /adecuación ^c	<ul style="list-style-type: none"> – Beneficios en salud^b/clínicos^f – Eficacia/efectividad^{a,b,c,d,f} – Salvaguarda vidas^{b,f} – Seguridad/tolerabilidad^{a,b,c,d,f} – Salud percibida por el paciente^{a,b,d} – Calidad de la atención^{b,f} 	<ul style="list-style-type: none"> Beneficios clínicos^c Nivel de respuesta^e 	<ul style="list-style-type: none"> – Beneficios clínicos generales^c – Efecto sobre la mortalidad^c – Efecto sobre la longevidad^c – Efecto sobre la calidad de vida^c – Calidad de la atención^e – Carga de la enfermedad^e – Efectividad individual^e – Efectividad colectiva^e – Estado de salud percibido por el paciente^e – Seguridad^e
Tipo de beneficio ^a /tipo de servicio ^{b,d}	<ul style="list-style-type: none"> – Beneficios preventivos^{a,b,d} – Beneficios terapéuticos/individuales^{a,b,d} 	<ul style="list-style-type: none"> Nivel de salud^e 	<ul style="list-style-type: none"> – Coste-efectividad/beneficio^{c,f} – Impacto presupuestario^c – Costes^c – Coste unitario^e – Impacto presupuestario^e – Agente financiador^e
Consecuencias económicas ^a /impacto económico ^{b,d}	<ul style="list-style-type: none"> – Costes de la intervención^{a,b,d} – Costes médicos/sanitarios^{a,d} – Costes no médicos/coste para paciente^d – Empobrecimiento^d/reducción pobreza^b – Impacto presupuestario^b – Impacto financiero^b – Impacto sobre productividad^d – Impacto sobre otros servicios^d – Eficiencia y coste oportunidad^{a,b} – Coste-efectividad^{b,d} 	<ul style="list-style-type: none"> Eficiencia^{c,f} Financiación^e 	<ul style="list-style-type: none"> – Coste-efectividad/beneficio^{c,f} – Impacto presupuestario^c – Costes^c – Coste unitario^e – Impacto presupuestario^e – Agente financiador^e
Evidencia existente ^f /calidad e incertidumbre de la evidencia ^{b,c}	<ul style="list-style-type: none"> – Evidencia disponible^{b,f} – Calidad de la evidencia^{a,b} – Relevancia de la evidencia^b – Requisitos de la evidencia^b – Incertidumbre de la evidencia – Consenso de expertos/GPC^a 	<ul style="list-style-type: none"> Otras consideraciones^c Calidad/incertidumbre evidencia^d Requisitos de información^e 	<ul style="list-style-type: none"> – Calidad de la evidencia clínica y económica^c – Consistencia con aspectos estratégicos^c
Implementación y complejidad de la intervención ^{b,d} /factibilidad ^e	<ul style="list-style-type: none"> – Legislación^{b,d} – Recursos organizativos^{b,d,e} – Recursos tecnológicos^e/información^e – Recursos de personal^e – Recursos entrenamiento/habilidades^{b,d} – Flexibilidad de implementación^b – Características de la intervención^b – Uso apropiado^{b,d} – Barreras y aceptabilidad^{b,d} – Integración y eficiencia del sistema^b – Sostenibilidad^b – Accesibilidad de la población^d 	<ul style="list-style-type: none"> Prioridades, ética y justicia^d Solidaridad^c Otros valores éticos y sociales^c Riesgo social y financiero^e 	<ul style="list-style-type: none"> – Bajo estatus socioeconómico^d – Niños (0-5 años) o ancianos^d – Sujetos en edad productiva^d – Comunidades remotas^d – Áreas terapéuticas/subgrupos específicos^d – Comportamientos de riesgo^d – Enfermedades raras^d – Autonomía^c – Valor salud pública^c – Impacto en futuras generaciones^c – Gasto sanitario catastrófico y cuidado a terceros^e – Enfermedades raras^e
Prioridades, ética y justicia ^{a,b} /equidad ^c /asequibilidad para el individuo	<ul style="list-style-type: none"> – Equidad general^c – Prioridades poblacionales^b – Acceso/accesibilidad^{b,c} – Asequibilidad^c – Vulnerabilidad^b – Utilidad^b – Solidaridad^b – Ética y aspectos morales^b 	<ul style="list-style-type: none"> Prioridades, ética y justicia^d Solidaridad^c Otros valores éticos y sociales^c Riesgo social y financiero^e 	<ul style="list-style-type: none"> – Bajo estatus socioeconómico^d – Niños (0-5 años) o ancianos^d – Sujetos en edad productiva^d – Comunidades remotas^d – Áreas terapéuticas/subgrupos específicos^d – Comportamientos de riesgo^d – Enfermedades raras^d – Autonomía^c – Valor salud pública^c – Impacto en futuras generaciones^c – Gasto sanitario catastrófico y cuidado a terceros^e – Enfermedades raras^e

Tabla 2 (continuación)

Dominio	Criterios	Dominios alternativos	Criterios alternativos
Contexto global ^b	<ul style="list-style-type: none"> – Mandato y misión del sistema sanitario^b – Alineación con normativa y ámbito^a – Prioridades globales^b/alineación con líneas prioritarias/estrategias^{a,c} – Restricción financiera^b – Incentivos^b – Aspectos políticos, históricos o culturales^b – Grado de innovación^b – Colaboración y liderazgo^b – Implicación de pacientes^b – Presión de grupos de interés^b 	<ul style="list-style-type: none"> Gobernanza/liderazgo^e Normativa y ámbito sanitario^a Prioridades para población/subgrupos^a Objetivo común/intereses^{a,f} Impacto medioambiental^{a,d} Coste-oportunidad y asequibilidad^{a,f} 	<ul style="list-style-type: none"> – Congruencia con priorización previa^e – Aceptabilidad cultural^e – Aceptabilidad política^e – Aceptabilidad de grupos de interés^e – Barreras legales^e

Fuente: elaboración propia.

GPC: guías de práctica clínica.

^a Herramienta EVIDEM.

^b Guindo et al.⁹

^c Golan et al.¹⁰

^d Tanios et al.¹¹

^e Tromp y Baltussen¹².

^f Pluddemann et al.¹⁵

Estados Unidos) son el coste-efectividad/beneficio (75%), la equidad (67%), los beneficios clínicos generales (50%), la gravedad de la condición (50%) y la solidaridad (50%).

El grupo de Tanios *et al.*¹¹ realizó una encuesta en línea para recoger la opinión de 140 decisores internacionales (23 países) respecto de la importancia relativa de 43 criterios de priorización, que desarrollaron basándose en la herramienta EVIDEM^{6–8}, la anterior revisión sistemática de Guindo *et al.*⁹ y las aportaciones de un comité de trabajo internacional (tabla 2). Más del 80% de los encuestados están de acuerdo en los criterios relacionados con resultados

y beneficios en salud, tipo de servicio sanitario, enfermedad diana, contexto terapéutico, impacto económico, calidad e incertidumbre de la evidencia, y complejidad de la implementación. El 71% considera también importante el impacto medioambiental, abordado solo en el 30% de los países.

Tromp y Baltussen¹² también elaboran un mapa conceptual de criterios de priorización tomando como base las dos revisiones sistemáticas incluidas en el actual trabajo, un informe sobre los métodos de análisis multicriterio empleados en el Reino Unido¹³ y una revisión sobre criterios de coste-efectividad¹⁴. El modelo,

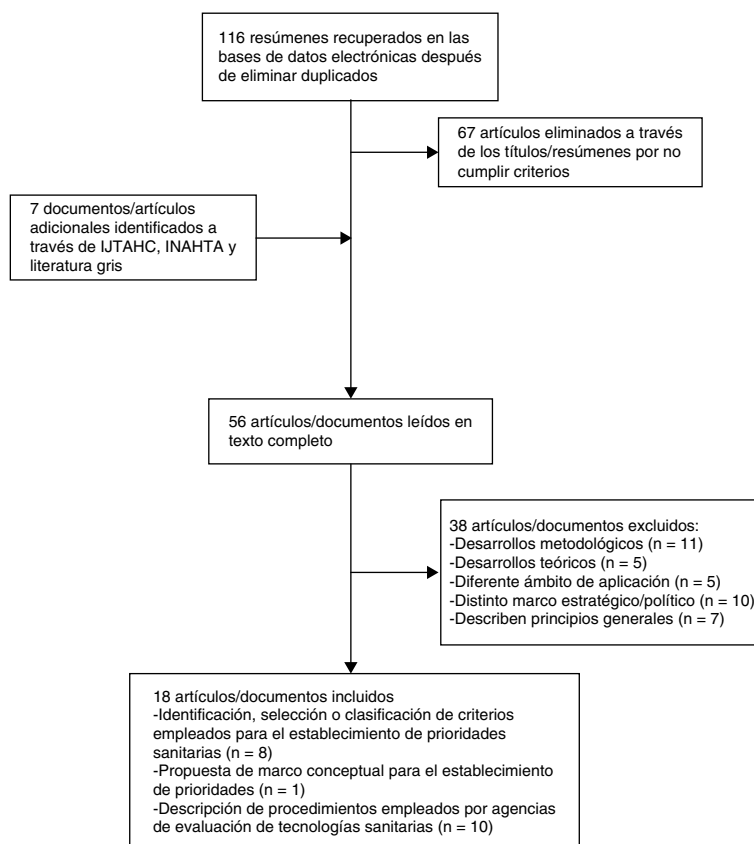


Figura 1. Diagrama de flujo del proceso de selección de los estudios. IJTAH: International Journal of Technology Assessment in Health Care; INAHTA: International Network of Agencies for Health Technology Assessment.

basado en el *Health Systems Performance Framework* de la OMS y el *Health Systems Building Blocks framework*, contempla 31 criterios de priorización que se distribuyen en seis categorías atendiendo a la misión de las organizaciones sanitarias (tabla 2).

Se identificó un estudio¹⁵ enfocado en el desarrollo de criterios específicos para la priorización de tecnologías diagnósticas. A partir del consenso de un panel de expertos de ámbito internacional (método Delphi), se propone una lista para verificar el cumplimiento de 16 criterios que son clasificados como de prioridad alta (n = 7) o intermedia (n = 9). Los criterios contemplan aspectos generales, recogidos en la tabla 2, pero también aspectos específicos, como por ejemplo la reducción en el número de falsos positivos, la mayor capacidad para descartar o confirmar una enfermedad, o el papel de una prueba diagnóstica (si reemplaza a las existentes, de cribado o complementaria).

Consideraciones generales respecto al establecimiento de prioridades en el ámbito sanitario

Un estudio localizado propone un modelo conceptual para asegurar el éxito en el desarrollo y la implementación de cualquier procedimiento de priorización en salud¹⁶. Este modelo, desarrollado basándose en la opinión de 12 gestores sanitarios (Canadá, Noruega, el Reino Unido, los Estados Unidos y Uganda), 55 decisores y 33 pacientes canadienses, propone 10 factores clave de éxito: cinco relacionados con el proceso (participación de distintos actores, proceso explícito y transparente, gestión de la información, consideración del contexto y valores, mecanismo de revisión y apelación, conocimiento de los actores) y cinco con los resultados (conocimiento del proceso de priorización por actores clave, proceso ligado a cambios en prioridades/reasignación de recursos, calidad del proceso de toma de decisión, aceptación y satisfacción, y externalidades positivas).

Procedimientos para la selección de prioridades por parte de las agencias de evaluación de tecnologías sanitarias

El actual trabajo recoge información sobre nueve agencias u organismos de evaluación de tecnologías sanitarias de España, Inglaterra y Gales, Suecia, Noruega, Holanda y Lituania, Australia, Canadá y los Estados Unidos. En la tabla 3 se proporciona un resumen detallado del proceso empleado para la selección de prioridades en cada una de las agencias u organismos.

Conforme a la información recuperada, se establece que, al igual que el National Institute of Clinical Excellence (NICE)¹⁷, muchos de estos organismos contemplan propuestas de distintos colectivos y tienen en marcha diferentes mecanismos activos para identificar tecnologías relevantes (tabla 3). En España, está regulado que las propuestas de actualización de la cartera de servicios comunes del SNS sean formuladas por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad o por las Administraciones sanitarias de las comunidades autónomas, por propia iniciativa o a petición razonada de las mutualidades de funcionarios o de terceros interesados⁴. Asimismo, las grandes cuestiones de salud a abordar por la agencia sueca (SBU) también proceden del Parlamento, el ministerio de sanidad o las organizaciones sanitarias, aunque las propuestas concretas de tecnologías se reciben mayoritariamente de profesionales de la salud¹⁸. El Consejo Noruego para la Mejora de la Calidad y Priorización en Salud, integrado por autoridades sanitarias, directivos sanitarios y representantes de profesionales y pacientes, es el órgano responsable de establecer las prioridades sanitarias en ese país y se encarga de definir los temas que deberán ser objeto de evaluación por la agencia de evaluación de tecnologías noruega (NOKC)¹⁹.

El proceso de establecimiento de prioridades de evaluación de tecnologías sanitarias difiere sustancialmente respecto al enfoque

operativo y los actores involucrados, sin documentarse en algunos casos el método explícito de priorización (tabla 3). De los países que proporcionan información al respecto, tres emplean métodos de evaluación cualitativos (Noruega, Suecia y Holanda). En cuanto a Suecia, la filtración y priorización pasa por el Consejo del SBU, que selecciona los temas definitivos basándose en los criterios de priorización y los resultados de un informe breve¹⁸. En Noruega, las prioridades se establecen a partir de los tres principios básicos establecidos en la normativa nacional, solicitando, si se considera necesario, un informe breve a la NOKC para apoyar las deliberaciones¹⁹. En la organización holandesa para la investigación y desarrollo (ZonMw), los proyectos a evaluar son seleccionados por un comité de expertos empleando una matriz de puntuación²⁰.

Cuatro países emplean o proponen enfoques cuantitativos para la selección de prioridades de evaluación de tecnologías sanitarias, entre ellos España (tabla 3). En nuestro país se solicita a los miembros de la Comisión de Prestaciones que puntúen las tecnologías propuestas (de 1 a 3) de acuerdo con los criterios recogidos en la normativa⁴. En el NICE¹⁷, las propuestas son filtradas y priorizadas por un consultor clínico atendiendo a la puntuación otorgada a cada uno de los cuatro criterios de priorización. Las evaluaciones a gran escala (revisión sistemática y evaluación económica) a realizar por parte de la agencia canadiense CADTH también son preseleccionadas mediante consulta a investigadores, decisores y clínicos, teniendo en cuenta la posible relevancia para el sistema sanitario pancanadiense, tras lo cual son puntuadas por dos evaluadores atendiendo a la información recogida en un informe breve²¹. Lituania propone un consenso mediante el método Delphi con tres rondas para priorizar los temas relevantes, puntuando las tecnologías según su importancia relativa²². No se proporciona información detallada respecto al procedimiento de priorización de la agencia estadounidense AHRQ²³ ni el comité consultivo de servicios médicos MSAC²⁴, que es el encargado de emitir recomendaciones sobre las tecnologías a reembolsar por el ministerio de salud y envejecimiento australiano.

De forma general, las ocho publicaciones que hacen referencia a criterios explícitos emplean 41 términos diferentes, que en la actual revisión se han agrupado en 20 criterios atendiendo a las agrupaciones identificadas en la literatura (tabla 4).

Discusión

Los resultados de la presente revisión ponen de manifiesto que, a pesar de existir un acuerdo generalizado en cuanto a la necesidad de establecer procedimientos racionales y transparentes para priorizar las tecnologías sanitarias, y una cierta concordancia respecto a los dominios críticos, hay poca información disponible sobre los procesos explícitos empleados por las agencias de evaluación para el establecimiento de temas prioritarios.

Las pocas agencias que proporcionan información al respecto muestran una gran variabilidad respecto a la terminología empleada para definir los criterios, y una falta de concreción en cuanto a cómo se han seleccionado estos. Atendiendo a la información recuperada, se observa que las tecnologías se priorizan en todos los casos en función de sus potenciales beneficios clínicos, y la mayoría de las agencias consideran también otros criterios relacionados con la necesidad de la intervención, la calidad de la evidencia y el impacto económico, aunque en este último caso considerando en ocasiones solo los costes directos de la tecnología (tabla 3). Los criterios de prioridad, ética y justicia, empleados con frecuencia en otros ámbitos de toma de decisiones sanitarias⁶⁻¹⁰, se valoran en algo menos de la mitad de las agencias, y son una minoría las que consideran factores relacionados con la complejidad de la implementación o con el contexto político-sanitario. Por el contrario, se

Tabla 3
Descripción del proceso de identificación y selección de tecnologías prioritarias empleado por diferentes agencias/organismos de evaluación

Organización, país, misión	Identificación y requisitos de información	Criterios de priorización	Proceso de selección de tecnologías a evaluar
AHRQ Evidence Practice Center ²³ , EE.UU. Informa la toma de decisiones sobre efectividad, uso apropiado o políticas de reembolso, desarrollo de GPC, etc.	Solicitudes de proveedores de salud, aseguradoras, compradores, sociedades médicas, organizaciones de defensa de los pacientes Requisitos: justificación y evidencia de la relevancia, plan de utilización o difusión, descripción del uso e impacto	1) Carga de enfermedad; 2) apoyo/nominación por grupos de interés; 3) incertidumbre; 4) variabilidad/controversia; 5) impacto clínico; 6) redundancia; 7) adecuación de la evidencia; 8) impacto económico; 9) potencial de cambio; 10) riesgo de no priorizar; 11) inequidades/poblaciones vulnerables/dilemas	No se proporcionan detalles específicos sobre el procedimiento de priorización
NICE ¹⁷ , Programa de evaluación de la NIHR, Reino Unido Emite recomendaciones sobre la financiación de las tecnologías	Programa de detección de tecnologías nuevas y emergentes, solicitudes de compañías médicas, profesionales sanitarios, investigadores y pacientes Requisitos: cumplimentación de formularios del NIHR HSC o de las compañías farmacéuticas	1) Tamaño de la población diana, valorando equidad y diversidad; 2) gravedad de la enfermedad; 3) impacto en recursos; 4) beneficio terapéutico	1) Filtración y puntuación por un consultor clínico atendiendo a criterios (1-5); 2) solicitud de informe al NIHR HSC; 3) envío de informe a la compañía para alegaciones; 4) decisión sobre proyectos a enviar a consulta; 5) consulta con <i>stakeholders</i> y taller para definir alcance; 6) decisión sobre temas a enviar al ministerio; 7) decisión definitiva del ministerio
Lituania ²² No existe un procedimiento formal de evaluación, aunque se contempla en la legislación	Temas prioritarios propuestos por expertos (responsables de toma de decisión, profesionales de la salud, academia, docentes e investigadores) considerando temas actuales y prioridades de salud nacionales.	1) Impacto presupuestario; 2) beneficio en salud; 3) alternativas; 4) nivel de interés esperado de los decisores políticos; 5) marco temporal; 6) evidencia; 7) implicaciones éticas, legales y sociales	1) Evaluación de la relevancia mediante método Delphi; 2) segunda ronda Delphi para proponer hasta tres problemas de salud relacionados con esos temas y tecnologías para solucionarlos; 3) puntuación de tecnologías atendiendo a criterios ponderados
CADTH ²¹ , Canadá Proporciona evidencia de calidad para apoyar la toma de decisiones. Sirve a los ministerios de salud federales, provinciales y territoriales	Programa de detección de tecnologías nuevas y emergentes, encuestas a Comité Consultivo, propuestas de distintos agentes (políticos, gestores médicos, proveedores, industria, profesionales, público) Requisitos: solicitud de información a solicitantes	1) Alternativas; 2) impacto presupuestario; 3) impacto clínico; 4) controversia sobre cambios políticos; 5) carga de enfermedad; 6) impacto económico; 7) implicaciones éticas, legales o psicosociales; 8) evidencia; 9) nivel de interés; 10) marco temporal; 11) variabilidad en uso	1) Validación de la propuesta mediante una consulta a los investigadores, decisores y clínicos; 2) desarrollo de un informe breve por CADTH con información sobre cada criterio y puntuación de criterios por dos evaluadores; 3) reunión del comité consultivo para seleccionar las tecnologías
NOKC ¹⁹ , Noruega Proporciona evidencia para apoyar la toma de decisiones. Sirve a la Dirección General de Salud, Agencia Noruega del Medicamento y Ministerio de Sanidad	Los temas a abordar son propuestos por el consejo noruego para la mejora de la calidad y establecimiento de prioridades en salud o por la secretaría, establecida en NOKC. El consejo está formado por gestores médicos, autoridades y representantes de profesionales y pacientes	1) Gravedad de la enfermedad; 2) magnitud del efecto esperado; 3) razón coste-efectividad razonable; 4) calidad de la evidencia	1) El Consejo Noruego selecciona los temas prioritarios en un plenario atendiendo a los criterios de priorización por consenso y valora la documentación necesaria; 2) la secretaría, junto con los expertos clínicos, preparan una evaluación exhaustiva, solicitando en la mayoría de los casos informes breves al NOKC
SBU ¹⁸ , Suecia Proporciona información científica para apoyar la toma de decisiones y facilita el desarrollo de guías de práctica clínica, entre otros	Las cuestiones importantes de salud que deberían ser abordadas proceden del Parlamento, del ministerio de sanidad y de organizaciones sanitarias. Las propuestas sobre tecnologías concretas provienen de individuos que trabajan en el ámbito de la salud	1) Suficiente evidencia; 2) impacto significativo en mortalidad y salud; 3) problema común con importantes repercusiones económicas; 4) implicaciones éticas; 5) importancia demostrable para la organización o perspectiva profesional; 6) tema controvertido/preocupación en la sociedad	1) Se revisan las cuestiones relevantes y se desarrolla una lista de temas que se presenta al consejo del SBU, que puntúa las propuestas y selecciona los estudios piloto; 2) se desarrolla un informe breve; 3) el Consejo del SBU selecciona las evaluaciones finales teniendo en cuenta los criterios de priorización
MSAC ²⁴ , Australia Su misión es evaluar y emitir recomendaciones sobre las nuevas tecnologías a incluir en la cartera de servicios de Medicare	Profesionales sanitarios, industria u otros Los solicitantes remiten un formulario de solicitud con información sobre la tecnología a evaluar	1) Necesidad clínica; 2) incidencia/prevalencia; 3) alternativas satisfactorias; 4) uso probable; 5) probabilidad de mejoras significativas en el manejo de la enfermedad; 6) coste; 7) incertidumbre; 8) otros factores determinados por MSAC (acceso y equidad, etc.)	No se proporcionan detalles específicos sobre el procedimiento de priorización
ZonMw ²⁰ , Holanda Gestiona los fondos del programa de evaluación de tecnologías sanitarias, destinado a apoyar la toma de decisiones gubernamentales	Los investigadores remiten un formulario de solicitud con información cuantitativa sobre la relevancia política de la propuesta	Se refiere el uso explícito de criterios para la selección de prioridades, pero no se documentan explícitamente	1) El Comité del Programa determina la relevancia de la propuesta, pudiendo solicitar consejo de expertos; 2) la aplicación se remite a revisores externos; 3) el Comité selecciona las propuestas empleando una matriz de comparación

Tabla 3 (continuación)

Organización, país, misión	Identificación y requisitos de información	Criterios de priorización	Proceso de selección de tecnologías a evaluar
RedETS ^{4,5} , España Su misión es generar, difundir y facilitar la implementación de información destinada a fundamentar la toma de decisiones en el SNS	Las propuestas de actualización de la cartera son formuladas por el ministerio o por las Administraciones sanitarias de las comunidades autónomas, por propia iniciativa o petición razonada de terceros. Las propuestas deberán de ir acompañadas de la información contemplada en la orden	1) Gravedad del proceso; 2) frecuencia del proceso, sin olvidar enfermedades raras; 3) existencia de escasas o nulas alternativas; 4) grado de incertidumbre; 5) beneficios para el paciente; 6) beneficios para la práctica profesional; 7) beneficios para el sistema sanitario	1) La Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación del Consejo Interterritorial determina si el procedimiento es relevante y, por tanto, precisa de evaluación; 2) la Comisión prioriza las tecnologías puntuando los criterios establecidos (1-3)

AHRQ: Agency for Health Care Research and Quality; CADTH: Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; GPC: guías de práctica clínica; HSC: Horizon Scanning Centre; MSAC: Medical Services Advisory Committee; NHIR: National Institute for Health Research; NICE: The National Institute for Health and Care Excellence; NOKC: Norwegian Knowledge Center for the Health Services; SBU: Swedish Agency for Health Technology Assessment and Assessment in Social Services; SNS: Sistema Nacional de Salud; ZonMw: Netherland Organisation for Health Research & Development.

observan algunos criterios diferenciadores, como la controversia sobre el uso o la incertidumbre y el interés esperado o demostrado para pacientes, clínicos, profesionales y medios de comunicación.

Consideramos que las diferencias en cuanto a los métodos y los criterios surgen, en parte, por los distintos marcos normativos y misiones de las agencias u organismos de evaluación. De forma general, observamos que los criterios parecen estar alineados con los propuestos para la asignación de recursos sanitarios en aquellas agencias en las que la evaluación está dirigida fundamentalmente a informar el proceso de financiación/reembolso (p. ej., RedETS, NICE, CADTH y MSAC), y que las diferencias aparecen sobre todo en otras agencias (como AHRQ y SBU) en las que los informes no solo apoyan la toma de decisión sobre la incorporación de nuevas tecnologías, sino que también se realizan para evaluar tecnologías ya adoptadas que pueden presentar controversias, con vistas al desarrollo de guías de práctica clínica, indicadores de procedimiento u otros productos basados en la evidencia.

Por otro lado, los criterios también podrían estar condicionados en cierto modo por los valores, los recursos y el ámbito de actuación de las agencias u organismos de evaluación, en cuanto a tipos de tecnologías incluidas en los programas (fármacos, dispositivos médicos, procedimientos médicos o quirúrgicos, etc.), ya que algunos criterios, como los beneficios para la práctica profesional o la organización, se aplican sobre todo a las intervenciones no

farmacológicas. A pesar de que algunas propuestas, como EVIDEM⁶⁻⁸, hacen referencia a criterios universales, se ha argumentado que los criterios son siempre específicos del contexto, ya que la utilidad, la viabilidad y el valor relativo de una tecnología van a estar influidos por la capacidad económica del país, que determinará en gran medida los recursos que la sociedad considera aceptable asignar a las intervenciones sanitarias y a su propia evaluación^{6,25}.

Los documentos recuperados dejan también importantes incertidumbres respecto a cómo se determina el valor relativo de los distintos criterios y a cómo se incorpora esta información al proceso de toma de decisión. De las cuatro organizaciones que refieren puntar las propuestas según criterios de priorización (NICE, CADTH, SBU y Lituania)^{17,18,21,22}, solo una aporta información específica sobre el modo en que se aborda este proceso²¹. En este caso, para asignar pesos a los distintos criterios se emplea la metodología de análisis multicriterio, en concreto el método del proceso analítico. Este tipo de enfoques, empleados habitualmente en otros ámbitos, se han considerado de gran valor para apoyar cualquier proceso de priorización, ya que facilitan una evaluación y una comparación de alternativas de forma sistemática, transparente y objetiva^{10,13,26,27}.

En consecuencia, se plantea que la herramienta PriTec (<http://www.pritectools.es>), desarrollada en 2008 por la Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalia-t) para la priorización de tecnologías susceptibles de observación postintroducción²⁸ y tecnologías potencialmente obsoletas²⁹, podría constituir una opción válida para la implementación del proceso de priorización nacional. Esta herramienta web, de ejecución automática, permite ordenar las tecnologías a partir de la puntuación de unos criterios previamente ponderados y distribuidos por categorías. La versión actual incorpora dominios relativos a la población/usuarios, la propia tecnología, beneficios/riesgos, costes, organización y otras implicaciones, y sería necesario adaptarla para acoger los dominios y criterios que se consideren relevantes para seleccionar las tecnologías a evaluar por la RedETS. El presente trabajo conformaría el marco para el desarrollo de estos criterios y dominios, aunque sería necesario realizar una evaluación individualizada de cada una de las propuestas con el fin de establecer en qué medida se ajustan al marco normativo y reglamentario nacional, así como a la misión de la RedETS, ya que, tal como se ha descrito, los criterios están condicionados por múltiples factores que son dependientes del contexto^{6,8,30}.

Atendiendo a las consideraciones expuestas en la presente revisión, opinamos que es importante que los criterios y los dominios definitivos sean consensuados por agentes implicados en la toma de decisiones sobre la cartera común básica de servicios asistenciales, y ponderados por un grupo multidisciplinario de gestores sanitarios procedentes de diferentes ámbitos (macro, meso y micro), expertos clínicos, pacientes y otros colectivos representantes de los

Tabla 4
Criterios de priorización empleados por las agencias o las unidades de evaluación

Categoría	Agencias que utilizan criterios englobados en esta categoría
Beneficios clínicos y terapéuticos	8 (100%)
Carga de la enfermedad (clínica o económica)	7 (87,5%)
Frecuencia (incidencia o prevalencia)	6 (75%)
Evidencia	5 (62,5%)
Alternativas	4 (50%)
Variabilidad/controversia sobre uso/incertidumbre	4 (50%)
Impacto económico/costes	3 (37,5%)
Implicaciones éticas, legales y psicosociales	3 (37,5%)
Equidad/accesibilidad	3 (37,5%)
Nivel de interés esperado o demostrado (pacientes, clínicos, profesionales, media)	3 (37,5%)
Impacto organizativo (recursos, personal, servicios)	2 (25%)
Impacto presupuestario	2 (25%)
Coste-efectividad	1 (12,5%)
Beneficios para la práctica profesional	1 (12,5%)
Beneficios para el sistema sanitario	1 (12,5%)
Marco temporal de la revisión	1 (12,5%)
Tema que causa controversia o preocupación en la sociedad	1 (12,5%)
Controversia sobre cambios políticos	1 (12,5%)
Riesgo de no priorizar un tema	1 (12,5%)
Probabilidad de uso	1 (12,5%)

potenciales usuarios (sociedades científicas, asociaciones de pacientes, etc.), pues así se incorporarían los valores sociales y las necesidades de todos los actores clave, contribuyendo a mejorar la aceptabilidad por parte de la comunidad médica y la población general.

De la misma forma que otras herramientas multicriterio, PriTec se ha diseñado para facilitar el proceso de toma de decisiones y no se propone como medio para establecer las prioridades definitivas. La herramienta PriTec facilitaría ordenar las tecnologías incorporando la visión de diferentes grupos de interés, pero no hay que descartar otras consideraciones concretas o diferencias en cuanto a la importancia de algunos dominios que pudiesen condicionar la selección final. A efectos de su implementación, es importante tener presente que, con independencia del procedimiento empleado o la exhaustividad en la definición de los criterios críticos, siempre va a existir cierta subjetividad en la valoración y será necesario un juicio de valor final por parte del decisor. Aunque este argumento se ha empleado para justificar la falta de métodos explícitos de priorización en algunos países^{31,32}, si no se adoptan mecanismos sistemáticos y transparentes se corre el riesgo de que la selección de las tecnologías a evaluar se sustente únicamente en consideraciones implícitas de los organismos planificadores y financiadores, y que esa subjetividad incida en el retraso en las innovaciones o, por el contrario, en la incorporación de tecnologías sin valor añadido o no coste-efectivas.

Debido a que la priorización es la culminación de un proceso que se inicia con la solicitud o la identificación de propuestas, que deben ser analizadas y valoradas para determinar su posible relevancia, resulta crucial protocolizar y estandarizar cómo deben realizarse estas acciones en cada contexto (quién, cómo y qué información). En este sentido, observamos que un gran número de organizaciones contemplan propuestas de distintos colectivos y tienen en marcha diversos mecanismos activos para identificar tecnologías relevantes. Aunque los actores son muy variables, para realizar la priorización la mayoría se apoyan en la opinión de expertos o en informes breves *ad hoc*. En España también existen varias agencias que cuentan con sistemas de detección de tecnologías nuevas y emergentes, y se han creado grupos de expertos para identificar y priorizar las prestaciones en áreas priorizadas de la cartera de servicios, como por ejemplo los implantes quirúrgicos^{4,30}.

Cabe señalar que la presente revisión está limitada por las dificultades inherentes a la búsqueda bibliográfica, debido a la falta de normalización del vocabulario. Con el fin de mejorar la eficiencia, la búsqueda se ha restringido al título, por lo que no se descarta haber perdido algún artículo relevante a pesar de haber utilizado distintas combinaciones de palabras clave y términos relacionados. Además, en muchos casos este tipo de información no se publica en revistas científicas y es difícil de recuperar por las importantes carencias de los motores de búsqueda de páginas web, o porque está publicada en otros idiomas. En cualquier caso, opinamos que esto no restaría valor al actual trabajo, ya que no va dirigido a describir todas las experiencias internacionales, sino a identificar aquellos criterios y elementos que pueden ser clave para el desarrollo de una propuesta de priorización nacional.

Conclusiones

Aunque en términos generales se observa que no existen criterios universales ni procedimientos estándar para la selección de prioridades, se han identificado algunos acuerdos y tendencias comunes respecto a aspectos fundamentales (criterios, modelos y estrategias, actores) que pueden ser importantes para el desarrollo del procedimiento de priorización nacional. La presente revisión aporta un análisis detallado de estos aspectos, ofrece recomendaciones respecto a la implementación y proporciona propuestas

concretas para el desarrollo y la puesta en práctica, que podrían ser útiles también para otros organismos públicos que pretendan establecer prioridades en salud.

¿Qué se sabe sobre el tema?

En España, la selección de las tecnologías que deben ser evaluadas previamente a su incorporación a la cartera básica del sistema sanitario se realiza atendiendo a los criterios básicos recogidos en la normativa, pero en la actualidad no existe un procedimiento explícito de evaluación. La presente revisión, realizada dentro del plan de trabajo anual de la red española de agencias, se ha desarrollado a petición de la comisión con el propósito de identificar criterios, procesos y marcos conceptuales que puedan servir de base para su desarrollo.

¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

Se presenta una revisión exhaustiva de los criterios y las consideraciones a tener en cuenta para la selección de prioridades sanitarias, y se hace un resumen detallado de los procedimientos empleados por las agencias de evaluación de tecnologías internacionales. Se realiza un análisis crítico de todos los aspectos que pueden ser importantes y se ofrecen recomendaciones que podrían ser útiles tanto en el ámbito nacional como para cualquier organismo público que pretenda establecer prioridades en salud.

Editora responsable del artículo

M.^a Felicitas Domínguez Berjón.

Contribuciones de autoría

L. Varela Lema escribió el primer borrador del manuscrito, que fue discutido y finalizado con la contribución de los otros dos autores. Todas las personas firmantes han colaborado en la concepción y el diseño del trabajo, y han aprobado la versión definitiva del documento.

Financiación

Este documento se ha realizado al amparo del convenio de colaboración suscrito por el Instituto de Salud Carlos III, organismo autónomo del Ministerio de Economía y Competitividad, y la Consejería de Sanidade de la Xunta de Galicia, en el marco del desarrollo de actividades de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud, financiadas por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Agradecimientos

La Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia agradece la colaboración desinteresada y los comentarios de Paloma Arriola Bolado, de la Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de la Comunidad de Madrid (Subdirección General de Evaluación Tecnológica e Innovación Sanitaria); Mireia Espallargues Carrera, de la Agencia de Calidad y Evaluación Sanitaria de Cataluña (AquAS); Sandra García Armesto, del Instituto Aragonés

de Ciencias de la Salud (IACS); José Asúa Batarrita, del Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OSTEBA); Antonio Sarría Santamera, de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS)-Instituto de Salud Carlos III (ISCIII); Teresa Molina López, de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA); y Pedro Guillermo Serrano Aguilar, del Servicio de Evaluación y Planificación del Servicio Canario de Salud (SESCS).

Bibliografía

1. The International Network of Agencies for Health Technology Assessment [Sede Web]. Edmonton, Canada: INAHTA; 2016. (Consultado el 3/8/16.) Disponible en: <http://www.inahta.org/>
2. European Network for Health Technology Assessment [Sede Web]. Copenhagen: EUnetHTA; 2016. (Consultado el 8/8/16.) Disponible en: <http://www.eunethta.eu/>
3. World Health Organization. Medical devices, Health Technology Assessment. [Sede Web]. Geneva, Switzerland: WHO; 2016. (Consultado el 8/8/16.) Disponible en: http://www.who.int/medical_devices/assessment/en/
4. 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. Boletín Oficial del Estado, N° 285, de 28 de noviembre de 2007.
5. Orden SSI/1833/2013, de 2 de octubre, por la que se crea y regula el Consejo de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado, N°. 244, de 11 de octubre de 2013.
6. Goetghebeur MM, Wagner M, Khoury H, et al. Evidence and Value: Impact on Decision Making - the EVIDEM framework and potential applications. *BMC Health Serv Res.* 2008;8:270.
7. Goetghebeur MM, Wagner M, Khoury H, et al. Bridging health technology assessment (HTA) and efficient health care decision making with multicriteria decision analysis (MCDA): applying the EVIDEM framework to medicines appraisal. *Med Decis Making.* 2012;32:376–88.
8. Youngkong S, Tromp N, Chitama D. The EVIDEM framework and its usefulness for priority setting across a broad range of health interventions. *Cost Eff Resour Alloc.* 2011;9:16.
9. Guindo LA, Wagner M, Baltussen R, et al. From efficacy to equity: literature review of decision criteria for resource allocation and healthcare decision making. *Cost Eff Resour Alloc.* 2012;10:9.
10. Golan O, Hansen P, Kaplan G, et al. Health technology prioritization: which criteria for prioritizing new technologies and what are their relative weights. *Health Policy.* 2011;102:126–35.
11. Tanios N, Wagner M, Tony M, et al. Which criteria are considered in healthcare decisions? Insights from an international survey of policy and clinical decision makers. *Int J Technol Assess Health Care.* 2013;29:456–65.
12. Tromp N, Baltussen R. Mapping of multiple criteria for priority setting of health interventions: an aid for decision makers. *BMC Health Serv Res.* 2012;12:454.
13. Devlin NJ, Sussex J. Incorporating multiple criteria in HTA. *Methods and processes.* London; 2011.
14. Johri M, Norheim O. Can cost-effectiveness analysis integrate concerns for equity? Systematic review. *Int J Health Technol Assess Health Care.* 2012;28:2.
15. Pluddehmann A, Heneghan C, Thompson M, et al. Prioritisation criteria for the selection of new diagnostic technologies for evaluation. *BMC Health Serv Res.* 2010;10:109.
16. Sibbald SL, Singer PA, Upshur R, et al. Priority setting: what constitutes a success? A conceptual framework for successful priority setting. *BMC Health Serv Res.* 2009;9:1–12.
17. National Institute for Health and Care Excellence. [Sede Web]. Technology Appraisal Topic selection. NICE; 2015. (Consultado el 15/6/16.) Disponible en: <https://www.nice.org.uk/about/what-we-do/our-programmes/topic-selection>
18. Carlsson P. Health technology assessment and priority setting for health policy in Sweden. *Int J Technol Assess Health Care.* 2004;20:44–54.
19. Mørland B, Ringard A, Røttingen J-A. Supporting tough decisions in Norway: a healthcare system approach. *Int J Technol Assess Health Care.* 2010;26:398–404.
20. The Netherlands Organisation of Health Research and Development. [Sede Web]. ZonMw summary assessment procedure. 2012. (Consultado el 6/7/16.) Disponible en: <http://www.zonmw.nl/en/about-zonmw/method/>
21. Husereau D, Boucher M, Noorani H. Priority setting for health technology assessment at CADTH. *Int J Technol Assess Health Care.* 2010;26:341–7.
22. Jankauskiene D, Petronyte G. A model for HTA priority setting: experience in Lithuania. *Int J Technol Assess Health Care.* 2013;29:450–5.
23. Agency for Healthcare Research and Quality. EPC topic nomination and selection. Bethesda: U.S. Department of Health & Human Services. AHRQ; 2015.
24. Medical Services Advisory Committee. Funding for new medical technologies and procedures: application and assessment guidelines. Canberra: Medical Services Advisory Committee, MSAC; 2005. (Consultado el 6/7/16.) Disponible en: <http://www.msac.gov.au/>
25. Gulácsi L, Boncz I, Drummond M. Issues for countries considering introducing the fourth hurdle. The case of Hungary. *Int J Health Technol Assess Health Care.* 2004;20:337–41.
26. Baltussen R, Niessen L. Priority setting of health interventions: the need for multi-criteria decision analysis. *Cost Eff Resour Alloc.* 2006;4:14.
27. Marsh K, Dolan P, Kempster J, et al. Prioritizing investments in public health: a multi-criteria decision analysis. *J Public Health.* 2012;35:460–6.
28. Varela Lema L, Ruano Raviña A, Cerdá Mota T, et al. Observación post-introducción de tecnologías sanitarias. Guía metodológica. Versión abreviada. Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade, Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia, avalia-t; 2007. Informe avalia-t N°. 2007/02.
29. Ruano Raviña A, Velasco González M, Varela Lema L, et al. Identificación, priorización y evaluación de tecnologías sanitarias obsoletas. Guía metodológica. Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade, Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia, avalia-t; 2007. Informe avalia-t N°. 2007/01.
30. Orden SSI/1356/2015, de 2 de julio, por la que se modifican los anexos II, III y VI 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, y se regulan los estudios de monitorización de técnicas, tecnologías y procedimientos. Boletín Oficial del Estado, N°. 162, de 8 de julio de 2015.
31. Holm S. Goodbye to the simple solutions: the second phase of priority setting in health care. *BMJ.* 1998;17:1000–2.
32. Berg M, van der Grinten T, Klazinga N. Technology assessment, priority setting, and appropriate care in Dutch health care. *Int J Technol Assess Health Care.* 2004;20:33–43.