



BREVE 21

LECCIONES APRENDIDAS DE UN FONDO CATASTRÓFICO NACIONAL: EL FONDO DE DROGAS PARA EL CÁNCER DE INGLATERRA

Basado en el webinar presentado por la Dr. Kalipso Chalkidou, 14 de noviembre 2019

Serie de políticas y métodos basados en presentaciones de expertos. Elaborado por CRITERIA, red de conocimiento sobre priorización explícita en salud de la División de Protección Social y Salud del Banco Interamericano de Desarrollo.

División de Protección Social y Salud
Banco Interamericano de Desarrollo
www.iadb.org/es/salud - scl-sph@iadb.org

Copyright © 2020 Banco Interamericano de Desarrollo. Esta obra se encuentra sujeta a una licencia Creative Commons IGO 3.0 Reconocimiento-NoComercial-SinObrasDerivadas (CC-IGO 3.0 BY-NC-ND) (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/igo/legalcode>) y puede ser reproducida para cualquier uso no-comercial otorgando el reconocimiento respectivo al BID. No se permiten obras derivadas.

Cualquier disputa relacionada con el uso de las obras del BID que no pueda resolverse amistosamente se someterá a arbitraje de conformidad con las reglas de la CNUDMI (UNCITRAL). El uso del nombre del BID para cualquier fin distinto al reconocimiento respectivo y el uso del logotipo del BID, no están autorizados por esta licencia CC-IGO y requieren de un acuerdo de licencia adicional.

Note que el enlace URL incluye términos y condiciones adicionales de esta licencia.

Las opiniones expresadas en esta publicación son de los autores y no necesariamente reflejan el punto de vista del Banco Interamericano de Desarrollo, de su Directorio Ejecutivo ni de los países que representa.



SIGLAS

NHS:	Sistema Nacional de Salud de Inglaterra (del inglés National Health Services)
NICE:	Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica (del inglés National Institute for Health and Clinical Excellence)
CDF:	Fondo de Medicamentos para el Cáncer (del inglés Cancer Drugs Fund)
QALY:	Año de vida en plena salud (del inglés Quality Adjusted Life Years)

RESUMEN EJECUTIVO

En 2010, el Sistema Nacional de Salud de Inglaterra (NHS, por sus siglas en inglés), junto con su agencia para la evaluación de tecnologías sanitarias –el Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica (NICE, por sus siglas en inglés)– introdujeron una serie de políticas para mejorar el acceso a los medicamentos para el cáncer. Como respuesta a la creciente presión mediática se estableció el Fondo de Medicamentos para el Cáncer (CDF, por sus siglas en inglés) con el objetivo de facilitar el acceso a medicamentos oncológicos que no estaban disponibles a través del NHS.

En un inicio, el CDF se creó como un proyecto piloto de evaluación, de toma de decisiones sobre cobertura y de financiamiento. Como no existía una unidad de criterio de evaluación para los medicamentos oncológicos entre el NICE y el CDF, este último decidió cubrir aproximadamente el 55% de los medicamentos sin valor clínico añadido o que previamente habían sido señalados como costo-inefectivos por el NICE. Asimismo, la ausencia de un límite presupuestario claro favoreció que las empresas farmacéuticas elevaran los precios de los medicamentos que se incorporaron al CDF, lo que trajo como consecuencia un incremento anual del presupuesto del 138%, haciéndolo insostenible. Además, se enviaba la señal de que las intervenciones para enfermedades distintas al cáncer y para tratamientos no farmacológicos eran menos importantes que los medicamentos oncológicos. Junto a ello, no fue posible determinar el impacto de la implementación del CDF, ya que no se

recolectaba información sobre el estado de salud de los beneficiarios.

Como respuesta a la anterior situación, el NHS tomó el control del CDF en 2017 y decidió implementar las siguientes reformas: (1) estableció el CDF como un fondo de entrada controlada; (2) limitó el presupuesto anual del CDF; (3) incorporó un techo presupuestario anual de 20 millones de libras por medicamento financiado por el CDF; los que excedan este límite, deberán pasar por una introducción en fases para amortiguar el impacto presupuestario; (4) estableció ganancias fijas de las empresas farmacéuticas para medicamentos individuales dentro del CDF mediante un esquema de reembolso que limita el crecimiento del presupuesto para medicamentos, y (5) encargó al NICE una evaluación anual de los medicamentos en el CDF con base en la evidencia de su costo-efectividad en relación con las alternativas terapéuticas ya existentes y con el beneficio para la salud de los beneficiarios, medidos en años de vida en plena salud (QALYs, por sus siglas en inglés).

En conclusión, toda la evidencia disponible parece señalar que el establecimiento de fondos para tecnologías o enfermedades específicas debiera ser abordado con mucha cautela. Los fondos verticales de este tipo van en contra del principio de hacer un fondo común (pooling), debilitan la capacidad del gobierno para negociar mejores acuerdos e incentivan que las compañías farmacéuticas incrementen los precios de los medicamentos. Asimismo, estos fondos generan ineficiencias a lo largo de los servicios de salud porque pueden existir otras tecnologías en salud más costo-efectivas que

los medicamentos oncológicos de vanguardia, que no se financian adecuadamente por la presencia de este fondo específico restringido a las opciones farmacéuticas. En vez de establecer fondos verticales, se debería asegurar un enfoque integral –impuestos para la salud, prevención, detección temprana, radioterapia, cirugía, cuidados paliativos– para la evaluación de las tecnologías en salud y las decisiones de cobertura que de ahí se derivan. También habría que evaluar la evidencia disponible sobre el beneficio clínico de los nuevos medicamentos en comparación con las alternativas ya existentes. A su vez, es necesario establecer procesos de toma de decisiones que incluyan a industria, pacientes, contribuyentes, sistema jurídico y medios de comunicación. Finalmente, para incorporar estos medicamentos al financiamiento público hay que asegurar que el precio que se paga por los medicamentos esté alineado con el valor que tienen en términos de costo y de efectividad en comparación con las opciones ya disponibles.

ANTECEDENTES DE POLÍTICAS PÚBLICAS PARA MEJORAR EL ACCESO A MEDICAMENTOS PARA EL CÁNCER

El NICE fue creado en 1999 con el objetivo de mejorar los desenlaces en salud de las personas que utilizan el NHS en Inglaterra¹. Una de sus funciones es priorizar el gasto en salud mediante la selección de tecnologías y servicios de acuerdo con una evaluación de tecnología sanitaria centrada en un análisis de costo-efectividad. Dentro de este análisis, se comparan los costos de un tratamiento con su efectividad en términos de QALYs ganados frente a las opciones existentes.

Desde su creación, el NICE asignaba el mismo valor a un QALY, sin importar la edad, el sexo, las enfermedades u otras características individuales². Sin embargo, en 2009 el NICE se apartó de este principio de igualdad e implementó la “política de final de la vida”³, que estableció que se debían priorizar intervenciones que prolongaran la vida de las personas con enfermedades

¹ NICE National Institute for Health and Care Excellence. “What we do?” <https://www.nice.org.uk/about/what-we-do>

² NICE Methods Manual 1999-2009

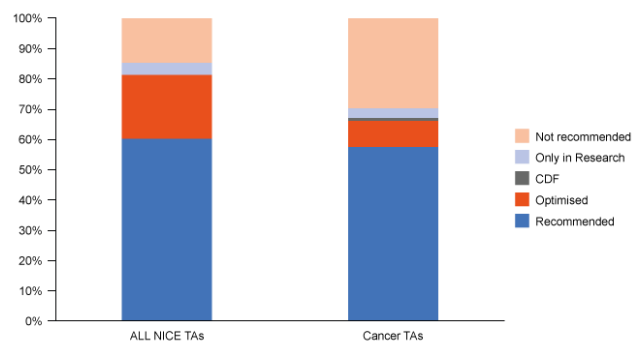
³ Department of Health and Social Care. “Policy Paper. End of Life Care Strategy: promoting high quality care for adults at the end of their life”. Publicado el 16 de julio de 2008. <https://www.gov.uk/government/publications/end-of-life-care-strategy-promoting-high-quality-care-for-adults-at-the-end-of-their-life>

terminales a pesar de no ser costo-efectivas⁴. En este sentido, por ejemplo, un año de vida ganado de una persona con una enfermedad terminal se valoraba más que el de una persona con una enfermedad crónica. Y, debido a que el cáncer es una de las enfermedades más comunes al final de la vida, esto llevó a que la mayoría de los tratamientos que se priorizaron bajo esa política fueran medicamentos contra el cáncer.

A pesar de que el NICE aprobaba una proporción considerable de medicamentos contra el cáncer, aún existían medicamentos oncológicos que no recomendaba por no ser costo-efectivos o, incluso, por no demostrar su eficacia clínica. En la Figura 1.⁵ podemos observar que la proporción de medicamentos recomendados era similar para la totalidad de los medicamentos y para los medicamentos oncológicos, es decir, se aprobaba aproximadamente el 60% de los medicamentos evaluados. Sin embargo, existía una mayor proporción de rechazos en medicamentos oncológicos en relación con el total de medicamentos evaluados (30% vs 15%). Esta diferencia se debió a que el NICE recomendaba el uso de un medicamento a una población más reducida que la originalmente determinada por el fabricante. Finalmente, a pesar de que existía evidencia científica para que el NICE rechazara en mayor proporción los medicamentos oncológicos, este tipo de decisiones fueron captadas por los medios de comunicación. En este contexto la creación de un fondo de

medicamentos se convirtió en una promesa de campaña en las elecciones del 2010 en Inglaterra y en ese mismo año se estableció el CDF.

Figura 1. Evaluaciones de Tecnologías Sanitarias (ETS) realizadas por NICE



Fuente: Barham, 2017. Datos de NICE

ESTABLECIMIENTO DEL CDF

El CDF presentó desde sus inicios dos importantes carencias: la falta de evidencia para su implementación y una falta de consenso en la visión pública sobre la metodología para la evaluación de medicamentos oncológicos.

En el año 2010 se realizó una evaluación de impacto previa a su implementación que demostró que no existía evidencia para priorizar los medicamentos contra el cáncer sobre otros tratamientos no farmacológicos contra dicha enfermedad, como, por ejemplo, la detección temprana, la radioterapia o los cuidados paliativos, entre otros. Estos tratamientos no-farmacológicos son parte del tratamiento integral para todo paciente de

⁴ NICE Supplementary Guidance to its Advisory Committees. Enero de 2009.

⁵ PharmaForum. Leela Barham. 2017

cáncer. Al priorizar la financiación de las intervenciones farmacológicas se envía el mensaje de que el acceso a medicamentos innovadores es más importante que un abordaje integral. Asimismo, una encuesta⁶ realizada por académicos ingleses señaló que el 64% de las personas consultadas no estaba a favor de priorizar una enfermedad sobre otra y que sus preferencias se basaban en la equidad y en la asignación justa de los recursos. Es decir, existía un mensaje muy claro de la población: no se aprobaba dar preferencia a los medicamentos contra el cáncer sobre los medicamentos contra otras enfermedades. A pesar de lo anterior, el NHS decidió implementar el CDF.

Inicialmente, el CDF se estableció como un organismo independiente del NICE para financiar medicamentos que este organismo había decidido no recomendar por no ser costo-efectivos. Se percibió una mayor necesidad de financiar medicamentos oncológicos innovadores y se estableció con el fin de promover una evaluación más allá del beneficio en salud⁷. Sin embargo, no se llegó a un consenso entre los tomadores de decisiones y la industria farmacéutica sobre la nueva metodología de evaluación de los medicamentos oncológicos, por lo que el fondo siguió funcionando de manera vertical y excediendo el presupuesto anual.

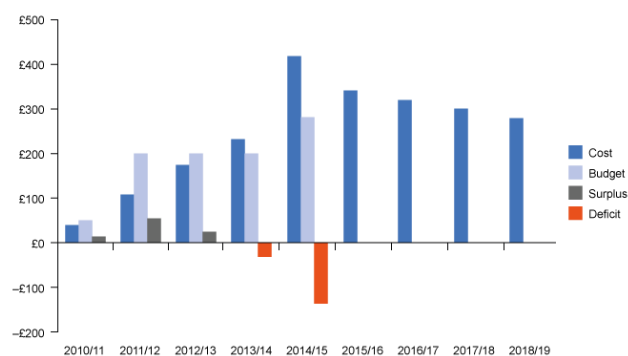
⁶ Linley, W.G. y Hughes, D.A. “Societal views on NICE, cancer drugs fund and value-based pricing criteria for prioritizing medicines: a cross-sectional survey of 4118 adults in Great Britain.” *Health Econ.* 2013 Aug;22(8):948-64. doi: 10.1002/hec.2872. Publicado online el 7 de septiembre de 2012.

⁷ DH Department of Health. “A new value-based approach to the pricing of branded medicines. A consultation”. 2013.

EVOLUCIÓN Y CONTROL DEL CDF

El CDF comenzó en 2010 con un presupuesto de 50 millones de libras anuales; entre 2011 y 2014 su presupuesto aumentó a 200 millones de libras anuales, y en 2015 llegó a 300 millones anuales, lo que corresponde a un aumento presupuestario aproximado del 138% anual. Ver detalles en la Figura 2.

Figura 2. Balance del presupuesto del CDF



Fuente: Barham, 2017. Datos de NAO y DH

En 2015, la Oficina Nacional de Auditoría del Reino Unido —un organismo independiente y financiado por el gobierno— evaluó el CDF. Los principales hallazgos de esta evaluación fueron:

1. El CDF no es sostenible.
2. No existen datos para determinar el impacto de la implementación del CDF en el desenlace clínico (sobrevivida de

personas con cáncer) de los pacientes que habían sido favorecidos.

3. El incremento gradual del gasto del CDF se debe principalmente a que las empresas farmacéuticas incrementaron los precios de los medicamentos y no al aumento de personas con acceso al CDF.

Por su parte, en febrero de 2016 el Parlamento señaló en su evaluación que no existía información suficiente para asegurar que el Departamento de Salud de Inglaterra pudiera conseguir un buen precio para los medicamentos para el Fondo. Asimismo, señaló que la principal debilidad del CDF era que no había recolectado información para evaluar el impacto en el desenlace clínico de los beneficiarios.

EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD TOMA LAS RIENDAS DEL CDF

En 2017, a partir de las evaluaciones previas y ante la presión mediática acerca de las ineficiencias del CDF, el NHS, como entidad gubernamental financiadora, tomó el control del Fondo. Esto trajo como consecuencia varios cambios fundamentales:

1. Se estableció CDF como un fondo de entrada controlada⁸ mediante una Evaluación de Acceso Acelerado (del inglés Accelerated Access Review)⁹. Cabe resaltar que el cambio más relevante para mejorar el acceso a los medicamentos oncológicos fue condicionar la aprobación provisional de los mismos a una evaluación clínica y de costo-efectividad posterior cuando la evidencia fuera limitada. De esta manera, no se retrasaba el acceso a medicamentos seguros y potencialmente beneficiosos por falta de evidencia de beneficios clínicos contundentes, pero se requería una evidencia de mejoría clínica y de costo-efectividad. El proceso de “Acceso Acelerado”¹⁰ se detalla en la parte inferior de la Figura 3¹¹, donde se observa que el NICE realiza una evaluación de la tecnología en salud –durante el periodo de aprobación condicional– y una vez dicho organismo ha emitido su decisión final para incluir el medicamento en el CDF, el NHS participa en las discusiones comerciales con las compañías farmacéuticas.

⁸ Del inglés *managed access fund*

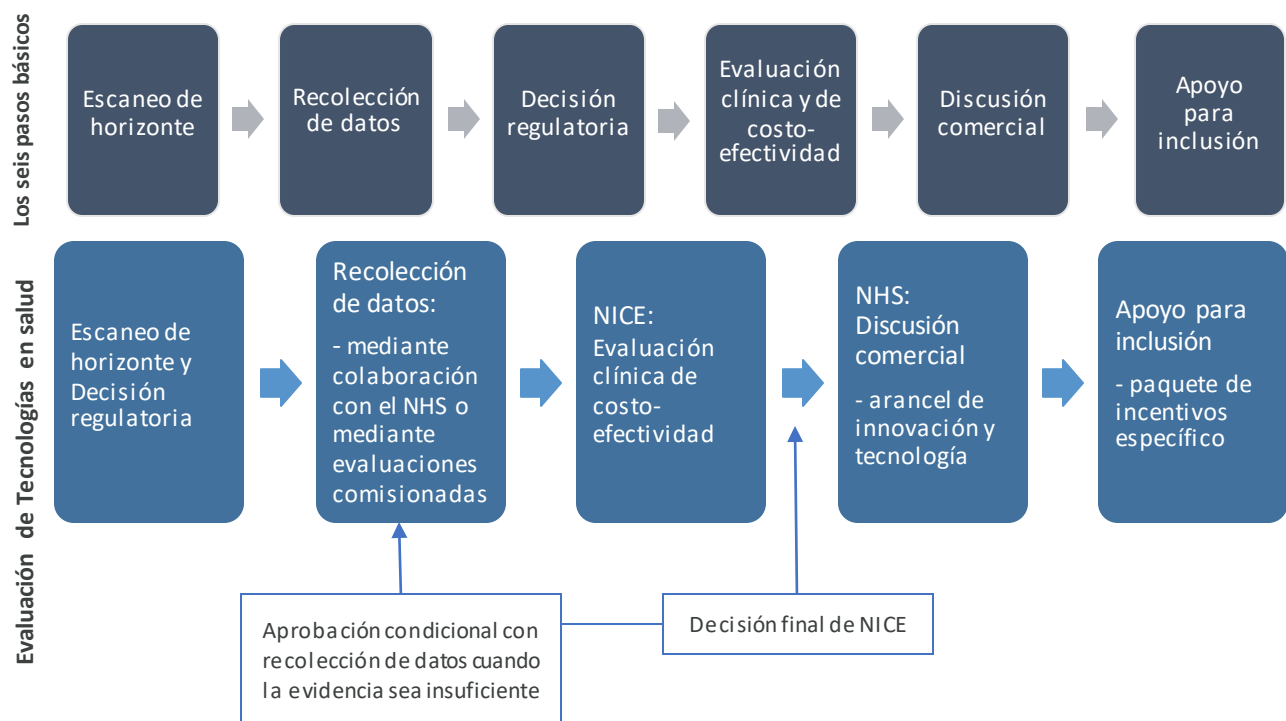
⁹ The Wellcome Trust “Review of innovative medicines and medical technology. Accelerated Access Review: Final Report” 2016.

https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/565072/AAR_final.pdf

¹⁰ Ibid.

¹¹ Adaptada de The Wellcome Trust, 2016

Figura 3. La secuencia del proceso de Acceso Acelerado para tecnologías transformadoras

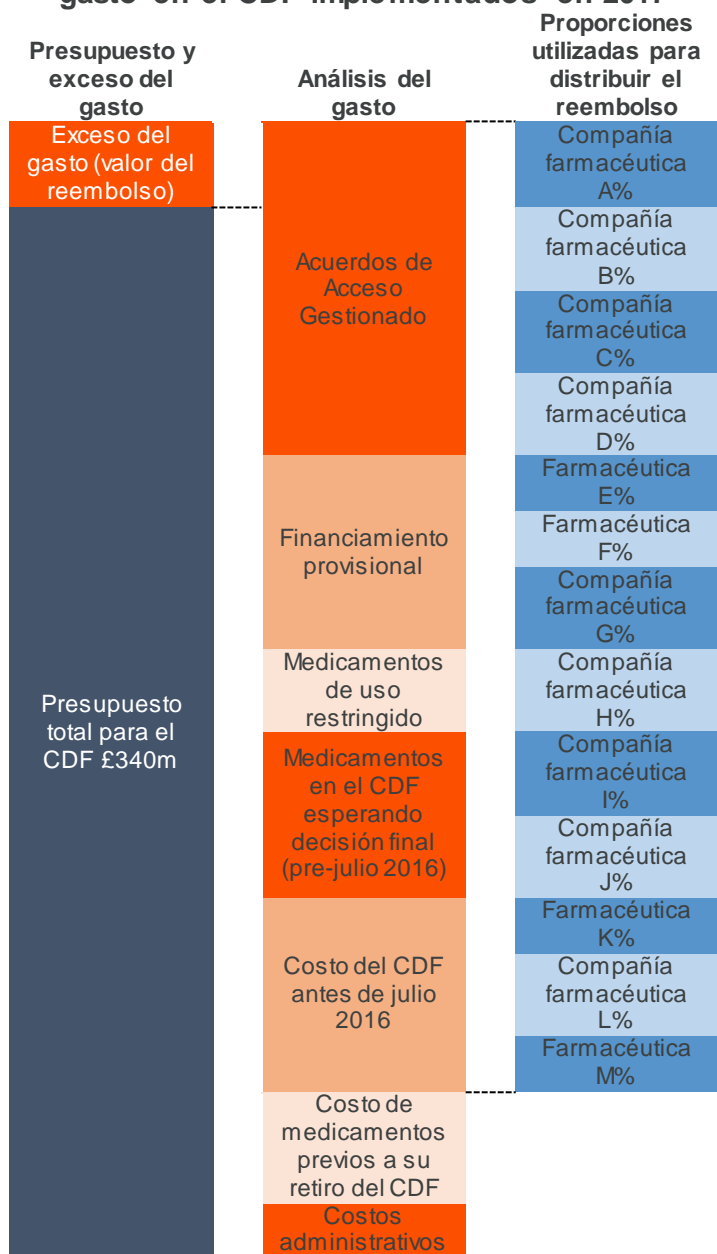


2. Se determinó un límite anual del presupuesto, lo que fomentó la competencia entre compañías farmacéuticas.¹² En la Figura 4 se muestra el presupuesto predefinido del CDF (340

millones de libras), el detalle del gasto según la etapa en la que se encuentre cada medicamento, y la división del esquema de reembolsos entre las compañías farmacéuticas (ver apartado 4)

¹² Wellcome Trust “Review of innovative medicines and medical technology. Accelerated Access Review: Final Report” 2016.
https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/565072/AARF_final.pdf

Figura 4. Mecanismos de control del gasto en el CDF implementados en 2017



Adaptado de: NHS England Cancer Drug Fund Team. Appraisal and funding of cancer drugs, 2016

Nota: el tamaño de los bloques es únicamente con propósito ilustrativo y no representa una proyección.

3. Se estableció un techo presupuestario anual por medicamento. Es decir, si el costo anual de un medicamento aprobado por el NICE fuera superior a 20 millones de libras, el NHS podría retrasar su inclusión para minimizar el impacto en el presupuesto o hasta que existiera presupuesto suficiente para financiarlo. Este fue, por ejemplo, el caso del sofosbuvir¹³, el tratamiento curativo para la Hepatitis C de la compañía farmacéutica Gilead, con un costo aproximado de 35,000 libras por un esquema de 12 semanas (muchos pacientes necesitan un esquema de 24 semanas, lo cual duplica el precio inicial). El NICE evaluó este fármaco como costo-efectivo, pero el NHS decidió retrasar su implementación porque no existía el presupuesto necesario para incluirlo en ese momento¹⁴.

4. Se introdujo un Esquema de Precios y Reembolsos Farmacéuticos (PPRS, por sus siglas en inglés), que limita el crecimiento del presupuesto para medicamentos. En este esquema, las compañías farmacéuticas fijan un límite de ganancia con el gobierno, en este caso el NHS, y se evalúa trimestralmente las ventas de cada medicamento y si se excede la ganancia acordada, la compañía farmacéutica podría reembolsar hasta aproximadamente 8% de su

¹³ NICE "Sofosbuvir for treating chronic hepatitis C. Technology appraisal guidance" [TA330] Publicado el 25 de febrero de 2015. <https://www.nice.org.uk/guidance/TA330>

¹⁴ NHS England Cancer Drugs Fund Team. Appraisal and Funding of Cancer Drugs from July 2016 (including the new Cancer Drugs Fund) - A new deal for patients, taxpayers and industry. 8 julio de 2016.

ganancia total al NHS¹⁵. En la Tabla 1 se muestran las ventas netas desde el 2013 al 2018 y los reembolsos generados por el PPRS.

Tabla 1. Reembolsos de la industria farmacéutica al gobierno de Inglaterra (millones de libras)

Período	Ventas netas acumuladas cubiertas por el PPRS	Reembolsos agregados por el PPRS
2013	£7,901M	N/A
2014	£8,340M	£311M
2015	£8,179M	£847M
2016	£8,062M	£628M
2017	£8,147M	£387M
2018 Q1	£2,003M	£156M
2018 Q2	£2,013M	£157M
2018 Q3	£1,968M	£153M
2018 Q4	£1,903M	£148M

Se encargó al NICE la realización de una evaluación anual o bianual de los medicamentos en el CDF.

Este proceso lento y burocrático de incorporación de los medicamentos, la limitación del presupuesto total y por medicamento, el sistema de reembolso en caso de exceder las ventas acordadas, y la evaluación subsecuente del NICE que elimina los medicamentos previamente incluidos por no ser clínicamente

benéficos hacen menos atractivo el CDF para las compañías farmacéuticas.

REFORMAS FUTURAS DEL CDF

En un artículo publicado en el British Medical Journal¹⁶, distintos académicos del Reino Unido recomendaron las siguientes modificaciones:

1. Realizar ensayos clínicos no sesgados para evaluar el beneficio clínico de los medicamentos ya que, de acuerdo con un reporte de la Agencia Europea de Medicinas (EMA, por sus siglas en inglés), más de la mitad de los ensayos clínicos que llevaron a la aprobación de un medicamento fueron clasificados con “alto riesgo de sesgo” en su diseño, conducción o análisis.
2. Vincular el registro de los medicamentos distribuidos con el Registro Nacional de Cáncer para obtener información sobre el desenlace clínico de los pacientes. En este sentido también mencionaron que el gobierno debe ser cauto al incluir medicamentos en el CDF, ya que a pesar de que se eliminen los medicamentos que no demuestren beneficio clínico

¹⁵ Department of Health. UK “Pharmaceutical Price Regulation Scheme (PPRS) 2014: payment percentage for 2018”. Diciembre de 2017.
https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/668673/PPRS_Payment_percentage_2018.pdf

¹⁶ Grieve, R.; Abrams, K., et al. “Cancer drugs requires further reform”. BMJ 2016;354:i5090:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27677636/> Publicado el 27 septiembre de 2016.

transcurrido un par de años, se corre el riesgo de que se afiance su uso en la práctica clínica.

CONCLUSIONES

En abril de 2017, se publicó la evaluación definitiva del CDF de la cual se derivan las siguientes conclusiones:

1. El CDF no generó beneficios clínicos significativos en los pacientes o en la sociedad. Esta evaluación reveló que únicamente el 38% de los medicamentos reportaron significancia estadística –no clínica– en el beneficio agregado a la sobrevida. Es decir, únicamente el 38% de los medicamentos prolongaban la vida (mediana de 3 meses), pero los pacientes no mostraban mejoría clínica. De todos los medicamentos incluidos en el CDF, el NICE había rechazado el 55% porque no cumplían con los estándares de costo-efectividad o de beneficio clínico.
2. No hay evidencia para priorizar los fondos para medicamentos oncológicos sobre otras intervenciones clínicas para el cáncer. Alternativas terapéuticas como la cirugía, la radioterapia, o medicamentos no específicos para el cáncer han demostrado que también mejoran la sobrevida de los pacientes. De acuerdo con una investigación de la Universidad de York¹⁷, al favorecer fondos específicos para medicamentos para el cáncer se está olvidando el manejo integral que debe recibir un paciente, lo que, a su vez, limita

los recursos tanto para las intervenciones no-medicamentosas contra el cáncer, como para todas las demás enfermedades.

3. El reembolso para los medicamentos e intervenciones para combatir el cáncer debe hacerse dentro del marco de una evaluación integral de la tecnología de la salud disponible.
4. Finalmente, de acuerdo con un reporte de PharmaFile¹⁸, la creación de este tipo de fondos verticales contra el cáncer ha puesto de manifiesto que tanto el gobierno como la industria farmacéutica pueden capitalizar el miedo al cáncer para su propio beneficio. Sin embargo, establecer precios altos para los medicamentos contra el cáncer –únicamente porque tratan una enfermedad estigmatizada– no es justo ni para el NHS ni para los pacientes. Llevar al mercado estos medicamentos innovadores no debe conseguirse mediante fondos verticales, sino haciendo que los medicamentos sean menos costosos desde un inicio.

¹⁷ Andrew Ward. “Expensive drugs cost lives claim report”. Politics & Policy. Financial Times. Publicado el 19 de febrero de 2015. <https://www.ft.com/content/d00c4a02-b784-11e4-981d-00144feab7de>

¹⁸ Adams, B. y McCafferty, H. “Cancer drugs fund, assessing a difficult legacy”. PharmaFile. Febrero de 2014. <http://www.pharmafile.com/news/182224/cancer-drugs-fund-assessing-difficult-legacy>

RECOMENDACIONES FINALES PARA LOS PAÍSES DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

La experiencia de la Dra. Kalipso Chalkidou en fondos catastróficos específicos para cáncer y otras enfermedades permite realizar unas recomendaciones para los países de la región, esquematizadas en la siguiente tabla:

Tabla 2. Recomendaciones para países de América Latina y el Caribe

Qué hacer	Qué NO hacer
<ul style="list-style-type: none">• Mostrar que el gobierno establece prioridades en salud basadas en la evidencia:<ul style="list-style-type: none">- estimar el costo y establecer presupuestos; monitorear la implementación y el impacto en los desenlaces/mortalidad.- Asegurar un enfoque integral: impuestos para la salud, prevención, tamizaje, detección temprana, radioterapia, cirugía, cuidados paliativos, entre otros.• Evaluar la evidencia disponible sobre el valor añadido de los nuevos medicamentos en comparación con las alternativas ya existentes.• Establecer procesos de toma de decisiones que incluyan a industria, pacientes, contribuyentes, sistema jurídico y medios de comunicación.• Explicitar los intercambios: por ejemplo, definir qué número preciso de operaciones de cadera o de vacunas para niños se han de pagar con una cantidad X.	<ul style="list-style-type: none">• NO se deben establecer fondos verticales:<ul style="list-style-type: none">- envían la señal incorrecta a la industria y a los defensores de la salud, resultan en un mayor gasto y dejan de lado otras necesidades.- Tienen un efecto inflacionario sobre el presupuesto y, usualmente, generan peores desenlaces en salud y acentúan las desigualdades• NO se deben etiquetar fondos para tecnologías o enfermedades específicas.<ul style="list-style-type: none">- van en contra del principio de hacer un fondo común y debilita la capacidad del gobierno para negociar mejores acuerdos.- Generan ineficiencias a lo largo de los servicios de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adams, B. y McCafferty, H. "Cancer drugs fund, assessing a difficult legacy". PharmaFile. Febrero de 2014. <http://www.pharmafile.com/news/182224/cancer-drugs-fund-assessing-difficult-legacy>

Andrew Ward. "Expensive drugs cost lives claim report". Politics & Policy. Financial Times. Publicado el 19 de febrero de 2015. <https://www.ft.com/content/d00c4a02-b784-11e4-981d-00144feab7de>

BID-RED CRITERIA. "Lessons learned from a National Catastrophic Fund: England's Cancer Drugs Fund". Webinar presentado por la Dra. Kalipso Chalkidou el 14 de noviembre del 2019. <http://www.redcriteria.org/webinar/lessons-learned-from-national-catastrophic-fund-englands-cancer-drugs-fund/>

Braham, L. (2017). "UK funding of cancer drugs: right, wrong, or just confused". PharmaPhorum. Accesado el 2 de abril de 2020 <https://pharmaphorum.com/deep-dive-oncology-may-2017/index.htm#!/uk-funding-of-cancer-drugs>

Chalkidou, K. y Vega, J. (2013). "Sharing the British National Health Service around the world: a self-interested perspective". Globalization and Health, Volumen 9 (51) <https://doi.org/10.1186/1744-8603-9-51>

Department of Health and Social Care. "Policy Paper. End of Life Care Strategy: promoting high quality care for adults at the end of their life". Publicado el 16 de julio de 2008. <https://www.gov.uk/government/publications/end-of-life-care-strategy-promoting-high-quality-care-for-adults-at-the-end-of-their-life> Accesado el 27 de abril de 2020.

Department of Health. UK "Pharmaceutical Price Regulation Scheme (PPRS) 2014: payment percentage for 2018". Diciembre de 2017. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/668673/PPRS_Payment_percentage_2018.pdf

DH Department of Health. "A new value-based approach to the pricing of branded medicines. A consultation". 2013.

Espinosa, M. (2017). Breve y webinar: "La cobertura de las intervenciones de alto costo en Chile: una visión crítica sobre la Ley Ricarte Soto", RED CRITERIA. <http://www.redcriteria.org/webinar/alto-costo-chile-ley-ricarte-soto/>

Ferreira, A. (2018). Webinar: "El modelo de financiamiento y monitoreo de prestaciones de alto costo en salud de Uruguay". RED CRITERIA. <http://www.redcriteria.org/webinar/financiamiento-monitoreo-alto-costo-salud-uruguay/>

Grieve, R.; Abrams, K., *et al.* "Cancer drugs requires further reform". BMJ 2016;354:i5090: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27677636> Publicado el 27 septiembre de 2016.

Linley, W.G. y Hughes, D.A. "Societal views on NICE, cancer drugs fund and value-based pricing criteria for prioritizing medicines: a cross-sectional survey of 4118 adults in Great

Britain.” Health Econ. 2013 Aug;22(8):948-64. doi: 10.1002/hec.2872. Publicado online el 7 de septiembre de 2012.

NHS England Cancer Drugs Fund Team. Appraisal and Funding of Cancer Drugs from July 2016 (including the new Cancer Drugs Fund) - A new deal for patients, taxpayers and industry. 8 julio de 2016. Accesado el 13 de mayo de 2020.

NICE “Sofosbuvir for treating chronic hepatitis C. Technology appraisal guidance” [TA330] Publicado el 25 de febrero de 2015. <https://www.nice.org.uk/guidance/TA330>

NICE Methods Manual 1999-2009

NICE National Institute for Health and Care Excellence. “*What we do?*” [online]. Actualizado 2020. Accesado el 2 de abril de 2020 <https://www.nice.org.uk/about/what-we-do>

NICE Supplementary Guidance to its Advisory Committees. Enero de 2009.

The Wellcome Trust “Review of innovative medicines and medical technology. Accelerated Access Review: Final Report. 2016. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/565072/AAR_final.pdf Accesado el 28 de abril de 2020.

Wellcome Trust “Review of innovative medicines and medical technology. Accelerated Access Review: Final Report. 2016. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/565072/AARF_final.pdf Accesado el 28 de abril de 2020.



@BIDgente
@RedCriteria



Red Criteria



criteria.iadb.org/