

NOTAS

de evaluación

GOBIERNO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

El cambio tecnológico es ya una constante, pero... ¿Cómo valorar lo que aporta?

Los medicamentos, las pruebas diagnósticas, la cirugía no invasiva, los trasplantes, la organización asistencial, en definitiva los avances tecnológicos, en sus diferentes representaciones, han venido condicionando la práctica clínica. También se suele responsabilizarse a la nueva tecnología del aumento del gasto sanitario, pero lo importante, en realidad, para la sostenibilidad y gobernanza del sistema es el valor que añade la tecnología al bienestar de las personas.

Siguiendo al biólogo Thomas, que describe el estado de la tecnología en un momento del tiempo y no su proceso de cambio, se pueden distinguir tres niveles de tecnología: a) la "no tecnología" que maneja a pacientes cuyas enfermedades se entienden mal, por lo que gran parte del tratamiento supone tranquilizar al paciente, con cuidados médicos y enfermeros, pero con poca esperanza; b) "la tecnología intermedia" que incluye tratamientos de los efectos incapacitantes sobrevenidos por enfermedades cuyo curso apenas somos capaces de alterar; se trata de tecnologías que suavizan la enfermedad o que posponen la muerte. Y, c) "la alta tecnología" que es el resultado de un genuino entendimiento de los mecanismos de la enfermedad y cuando está disponible, es relativamente barata. Se ponen como ejemplos la inmunización, los antibióticos para tratar infecciones bacterianas, o la prevención de desórdenes alimenticios.

Si se piensa como un proceso dinámico, en el que el conocimiento tiende a crecer del primero al segundo y luego al tercero de los niveles, la función de costes asociada con alguna enfermedad particular debería tomar la forma de U invertida (aunque no está totalmente verificado) costes más bajos en los extremos y altos en el medio. En el caso extremo de una "no tecnología", cuando la base del conocimiento es tan débil que no hay nada útil para hacer, los costes serán probablemente bajos, como lo son cuando se alcanza el estado de conocimiento de "alta tecnología". El ejemplo de la polio resulta ilustrativo. Hace más de dos generaciones esta enfermedad se encontraba en la fase de "no tecnología", muchas víctimas morían rápidamente como resultado de la parálisis, los efectos de la enfermedad eran desastrosos sin embargo los costes sanitarios eran pequeños. El desarrollo de una "tecnología intermedia" (pulmón de acero) prolongaba la vida, con un coste elevado. Pero es finalmente, con las vacunas que se ha eliminado prácticamente la enfermedad y reducido drásticamente sus costes.

El efecto del cambio tecnológico sobre los

costes sanitarios va a depender del grado en que las tecnologías intermedias sean reemplazadas por tecnologías menos costosas o por otras de más alta tecnología. Los sistemas de aseguramiento, tanto públicos como privados que han funcionado mediante reembolso de costes, han dominado la atención hospitalaria y la asistencia sanitaria ha fomentado implícitamente el desarrollo de las tecnologías intermedias porque los proveedores de asistencia médica no tenían incentivos para evitar las tecnologías costosas que solo eran efectivas marginalmente.

¿Por qué ha habido, en términos relativos, un desarrollo mayor de tecnologías como trasplante que vacunas? Es decir ¿por qué el cambio tecnológico en la asistencia sanitaria ha sido de tipo incrementador de costes? ¿Ha sido solo por casualidad?

La creación de conocimiento es fruto del azar, de la necesidad, de los incentivos y de las políticas, todo ello en proporciones desconocidas. Algunos grandes descubrimientos han resultado de errores, por ejemplo la penicilina; otros logros son mucho más modestos como en la lucha contra el cáncer y otros, sin embargo, han superado las expectativas, como la secuenciación del genoma humano.

Hay dos características principales en la creación de conocimiento científico en las ciencias de la salud: la incertidumbre intrínseca y la exogeneidad. La primera se refiere a que el valor añadido terapéutico de muchos tratamientos se alarga en el tiempo, incluso después de largos periodos de uso, es difícil evaluar sus resultados e incluso suscita problemas éticos. La exogeneidad se debe a que el avance tecnológico en sanidad responde en gran medida a determinantes externos al sector a sus políticas. Ejemplo de ello son grandes las innovaciones quirúrgicas y diagnósticas que vienen de otras áreas como la tecnología láser, la informática, la electrónica o la física atómica. Aunque después estas tecnologías requieran de un proceso continuo de rediseño y mejora fruto de la retroalimentación de diseñadores y usuarios.

La telemedicina y las ciencias de la comunicación e información nos empujan a introducir cambios –posiblemente mejoras– en la asistencia sanitaria ¿dentro de qué tipo la incluiríamos? ¿Es posible ya valorar su contribución al bienestar de la población? ¿Y a los costes sanitarios?

Referencias: Weisbroad BA. Cuadrilema de la asistencia sanitaria en USA: cambio tecnológico y crecimiento de la cobertura de seguros. En Difusión de nuevas tecnologías sanitarias y políticas públicas. Masson, Barcelona 2005.

sumario

Coste-efectividad de la terapia fotodinámica en la degeneración macular asociada a la edad. 2

¿Cuánta salud producimos? 4

Selección y evaluación de sitios web dirigidos a pacientes referidos al campo de la salud. 6

Revisión de intervenciones con nuevas tecnologías en el control de las enfermedades crónicas. 7

Impacto de los sistemas computerizados de ayuda a la detección en la sensibilidad y especificidad de la mamografía de cribado. 7

Seguimiento virtual: ensayo controlado randomizado y evaluación económica de consultas médicas por teleconferencia. 8

debido a la aplicación de la TF, diferencia entre alternativa no tratar y el tratamiento - se eleva a 71.525 € (Tabla 1).

El coste marginal (coste de cada sesión adicional) en la cuarta sesión alcanza el valor mínimo de 6.993 € y en la quinta se eleva a 28.050 €, siendo éste el valor más alto. Esta situación es predecible, ya que el número de casos favorables acumulados aumenta cada vez en menor proporción, siendo sólo uno más, entre la sesión séptima y octava.

En el grupo estudiado sólo el 12% presenta una leve mejoría, el 70% mantiene la agudeza visual estable y el 18% restante empeora. La edad media de las mujeres es de 71,2 años y la de los hombres es de 71,8 años.

Teniendo en cuenta los datos de eficacia del ensayo clínico TAP sólo un 15% más de personas sometidas a la TF consiguen una visión estable (pérdida de menos de tres líneas) con respecto a los que se les administra placebo. Aplicando esta medida de efectividad a nuestros datos, se obtienen los valores de coste que se presentan en la Tabla 2. El coste por año ganado de mantenimiento de la agudeza visual, en un horizonte de dos años - tiempo sobre el que se dispone de información - es de 34.804 € para hombres y 36.530 € para mujeres. La tasa de descuento considerada es del 2,5%.

En un escenario de dos años, la estimación del coste por año ganado de agudeza visual ajustado por calidad, es de 66.931 € para las mujeres y 70.249 € para los hombres. Esta estimación se presenta en la Tabla 2.

Tabla 1: Coste por paciente y por año ganado de agudeza visual en el Principado de Asturias

COSTES	IMPORTE
Coste por paciente	10.729 €
Coste por paciente que mantiene o mejora la visión	71.525 €
Coste por año de mantenimiento de la agudeza visual (2 años)	
• Hombres	34.804 €
• Mujeres	36.530 €
Coste por año de mantenimiento de la agudeza visual (suponiendo estabilidad durante la esperanza de vida)	
• Hombres (13 años)	5.354 €
• Mujeres (17 años)	4.298 €

DISCUSIÓN

Para justificar el grado de prioridad que puede otorgarse a la TF dentro de la cartera de servicios pública, se dispone del criterio establecido por Sacristán et al. que consideran coste-efectivas, en nuestro país, las intervenciones cuyo valor por año de vida ganado ajustado por calidad no exceda los 30.000 €. Aunque la medida de resultado en salud es algo diferente en este estudio -año de mantenimiento de la agudeza visual ajustado por calidad- debe tenerse en cuenta esta referencia en la toma de decisiones, ya que el coste para ese resultado se eleva a 68.000 €.

Bibliografía

- Friedman DS, O'Colmain BJ, Munoz B, Tomany SC, McCarty C, de Jong PT, et al. Prevalence of age-related macular degeneration in the United States. *Arch Ophthalmol* 2004;122:564-572.
- Jonasson F, Arnarsson A, Sasaki H, Peto T, Sasaki K, Bird AC. The prevalence of age-related maculopathy in Iceland: Reykjavik eye study. *Arch Ophthalmol* 2003;121:379-385.
- Smith W, Assink J, Klein R, Mitchell P, Klaver CC, Klein BE, et al. Risk factors for age-related macular degeneration: Pooled findings from three continents. *Ophthalmology* 2001;108:697-704.
- Meads C, Hyde C. Photodynamic therapy with verteporfin is effective, but how big is its effect?. Results of a systematic review. *Br J Ophthalmol* 2004; 88:212-217.
- Oliva G. Terapia fotodinámica en el tratamiento de la degeneración macular asociada a la edad. Informe Técnico realizado por la Agència d'Avaluació de Tecnologia y Recerca Mèdiques. Barcelona, 2002.

Si se estima que los beneficios se mantienen hasta que las personas alcanzan su esperanza de vida los resultados son muy diferentes, descendiendo a 5.354 € para los hombres y 4.298 € para las mujeres. El horizonte temporal de la esperanza de vida para el análisis de la TF ha sido utilizado por otros autores, pero tiene importantes limitaciones, ya que no hay, aún, evidencia documentada que acredite que los beneficios se mantienen a tan largo plazo. Sería más adecuado que los beneficios futuros estuvieran relacionados con evaluaciones más globales de las personas enfermas, como por ejemplo, los índices funcionales, ya que, el mantenimiento de la visión en personas ancianas autónomas tiene mayor valor que en caso de las que no lo son. De esta forma sería posible construir escenarios de costes para beneficios distintos.

Tabla 2: Coste por año ganado de agudeza visual ajustado por calidad

CONCEPTOS	IMPORTE
Coste por año de mantenimiento de la agudeza visual (2 años)	
• Hombres	70.249 €
• Mujeres	66.931 €
Coste por año de mantenimiento de la agudeza visual (durante la esperanza de vida)	
• Hombres (13 años)	9.743 €
• Mujeres (17 años)	7.794 €

Las limitaciones del estudio se encuentran en primer lugar en el carácter retrospectivo del mismo, que impide la utilización de cuestionarios de calidad de vida y un mayor control de la aplicación de la TF en ambos ojos. Otras limitaciones están en relación con el tamaño de la muestra de pacientes estudiada, debido a que se trata de una enfermedad de baja prevalencia en población general, con una intervención de larga duración y de reciente introducción en la práctica clínica habitual. El número de pacientes que finalizan el tratamiento es limitado y no permite otros análisis. No obstante, estas limitaciones no invalidan los resultados presentados, que deben considerarse como una herramienta de apoyo a las decisiones para la gestión de los recursos de los servicios públicos de salud.

Las recomendaciones que surgen del estudio son la necesidad de mejorar la detección precoz y la definición de protocolos de tratamiento que permitan mejorar la efectividad.

AGRADECIMIENTOS

Las autoras desean expresar su agradecimiento al Hospital del Oriente de Asturias por su colaboración en la recogida de datos y al Dr. Patricio Adúriz Alonso por desvelarnos algunos misterios de la oftalmología.

Elvira Muslera, Carmen Natal. Unidad de Análisis y Programas. Servicio de Salud del Principado de Asturias.

⁶ Verteporfin In Photodynamic Therapy Study Group. Verteporfin therapy of subfoveal choroidal neovascularization in age-related macular degeneration: two-year results of a randomized clinical trial including lesions with occult no classic choroidal neovascularization--verteporfin in photodynamic therapy report 2. *Am J Ophthalmol* 2001;131:541-560.

⁷ Bressler NM; Treatment of Age-Related Macular Degeneration with Photodynamic Therapy (TAP) Study Group. Photodynamic therapy of subfoveal choroidal neovascularization in age-related macular degeneration with verteporfin: two-year results of 2 randomized clinical trials-tap Report 2. *Arch Ophthalmol* 2001;119:198-207.

⁸ Brown GC, Sharma S, Brown MM, Kistler J. Utility values and age-related macular degeneration. *Arch Ophthalmol* 2000;118:47-51.

⁹ Sharma S, Brown GC, Brown MM, Hollands H, Shah GK. The cost-effectiveness of photodynamic therapy for fellow eyes with subfoveal choroidal neovascularization secondary to age-related macular degeneration. *Ophthalmology* 2001;108:2051-2059.

muchísimo peso entonces para convencer de los efectos nocivos del tabaco. Ellos simplemente demostraron una asociación estadística, pero no la fuerza de la asociación.

El RA es una excelente herramienta para planificar. Tiene el inconveniente de que depende de la existencia y de la calidad de la información. Si no conocemos la proporción de población que está expuesta al riesgo y cuál es su riesgo relativo no podremos hacer la estimación. Y si esas cifras son inexactas, lo que ocurre frecuentemente, los resultados serán aproximados. Aun y a pesar de todo, sirven para hacerse una idea cuánto podemos prevenir como se muestra en la tabla 2⁸.

Esta misma reflexión se puede hacer respecto al impacto de un tratamiento. Supongamos que queremos saber cómo o cuánto se puede beneficiar la población si se introduce un fármaco B para el tratamiento de la hipertensión en estadios I o II en ancianos. Su OR de prevención de muerte total es 0,85, frente 0,9 que se estima con la farmacoterapia actual A⁹. ¿Cuál es la fracción prevenible con uno y otra? El 45% de los ancianos asturianos son hipertensos de estas características.

Para este ejercicio preferimos emplear, aunque no es necesario, la fórmula de Miettinen cuyo numerador es el complementario del OR de prevención multiplicado por la prevalencia de los expuestos y el denominador es ese mismo producto más el OR de prevención.

En caso B el impacto en la población será:

$$0,45 \cdot 0,15 / \{0,45 \cdot 0,15 + 0,85\} = 7,3\%$$

En el caso A será : $0,45 \cdot 0,10 / \{0,45 \cdot 0,10 + 0,90\} = 0,048 = 4,8\%$

Con el fármaco B, si lo introduyéramos masivamente, ahorraríamos un 2,5% de muertes de acuerdo con los datos empleados. Se podría calcular el coste de cada muerte evitada si el fármaco fuera más caro.

Tabla 1: Estudio de casos y controles de cáncer de pulmón de Doll y Hill.

	FUMA	NO FUMA	TOTAL	
Caso	647	2	649	Odds de fumar en casos: (647/649)/(2/649): 647/2
No caso	622	27	649	Odds de fumar en controles: (622/649)/(27/649): 622/27
Total	1.269	29	1.298	Odds ratio: (647*27)/(622*2)= 14

Doll R, Bradford-Hill A. *BMJ*, 1950.

De la misma forma se puede calcular cuántas muertes o complicaciones ahorra un tratamiento curativo. En esta evaluación hay que ser cuidadoso a la hora de elegir el estadístico de impacto. Por ejemplo, si el tratamiento A evita el 95% de las complicaciones no quiere decir que ese sea su capacidad curativa, porque es posible que la evolución natural, el tratamiento con placebo, evite el 80%. El OR de prevención, que es lo que hay que emplear será: $0,05 \cdot 0,80 / 0,95 \cdot 0,20 = 0,21 = 21\%$.

Aquí se ha visto la importancia de realizar estudios controlados. Si dijéramos que con el tratamiento se evitan el 95% de las complicaciones, estaríamos diciendo una verdad estadística, pero la realidad es que su efecto es disminuirlas en un 69%. Eso es lo que quiso decir Benjamín Disraeli, el político inglés, con su famosa frase: "There are three kinds of

lies: lies, damn lies, and statistics. Cuidado, que no hace falta cambiar los datos para engañarse, o engañar. Basta con presentarlos de diferentes maneras.

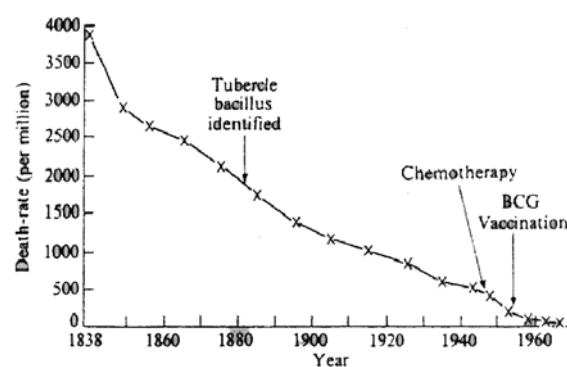
Tabla 2: Fracción prevenible en la población española según la prevalencia de exposición al factor y su riesgo relativo.

FACTOR DE RIESGO	DEFINICION	PREVALENCIA	RIESGO RELATIVO	RIESGO ATRIBUIBLE*
Hipertensión	Sistólica >150 Frente a sistólica <130	20% >160 sistólica y /o 95 diastólica	2,1	40%
Hipercolesterolemia	Colesterol >268 vs colesterol <218	18% >250	2,4	43%
Tabaquismo	Fumador un paquete día frente a no fumador	18%	2,5	20%
Inactividad física	Sedentarismo frente a actividad moderada regular	62%	1,9	39%

* (o fracción prevenible)

En el examen de la tendencia secular de una curva se puede presentar el eje de las tasas en forma logarítmica o lineal. Con el eje logarítmico veremos tendencias multiplicativas, con el lineal sumatorias. Por ejemplo, un descenso desde 10000 a 1000 tiene una inclinación idéntica a la que se produciría si descendiera desde 1000 a 100 en una escala logarítmica (recuerde que logaritmo en base 10 de 10000 es 4 y de 1000 es 3 y de 100 es 2). Es evidente que el descenso desde 10000 a 1000 en una escala lineal es muchísimo más pendiente que desde 1000 a 100. Es lógico que a medida que haya menos casos, en una escala lineal, la velocidad de descenso se aminore. Por ejemplo, si en la anterior década se experimentó un descenso desde 100 a 50, sería ingenuo esperar bajar otros 50 en ésta. En mi opinión, se mantiene la tendencia si baja a 25. En la curva de mortalidad por tuberculosis, figura 3, McKeown utilizó un gráfico con ejes lineales. Yo creo que lo correcto hubiera sido utilizar un gráfico semilogarítmico. Entonces se vería la aceleración del descenso en la segunda mitad del siglo XX. Usted lo puede hacer mentalmente en el gráfico.

Figura 3: Tasa de Mortalidad por Tuberculosis, 1838-1960



Autor: Autor: Martín Caicoya Gómez-Morán. Jefe de Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del Principado de Asturias. Hospital Monte Naranco.

Referencias

- 1 A new perspective on the health of Canadians: a working document. Disponible en: www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/com/lalonde/index_e.html
- 2 Dever, GEA. An Epidemiological Model for Health Analysis, Soc. Ind. Res. 1971;2:453-466.
- 3 McKeown, T. The role of medicine: dream, mirage or nemesis? Londres. Nuffield Provincial Hospital Trust. 1976
- 4 Dubos R. Mirage of health: utopias, progress and biological change. New York. Harper & Row, 1959

5 Doll R, Peto, R. The cause of cancer. Oxford: Oxford University Press. 1981

6 Doll R, Peto R., Wheatley K et al. Mortality in relation to smoking. Br Med J 1994;309:901-911.

7 Cornfield J. A method for estimating comparative rate from clinical data; Applications to cancer of the lung, breast and cervix. J Natl Cancer Inst 1951;11:1269-75.

8 Caicoya M. Hablemos del ejercicio físico. Pearson Alambra Madrid 2006

9 Gueyffier F, Froment A, Gouton M. New meta-analysis of treatment trials of hypertension: improving the estimate of therapeutic benefit. J Hum Hypertens 1996;10:1-8.

política editorial y la accesibilidad destacan por asociarse a mejor información sobre riesgos de la terapia hormonal.

• Las dimensiones de calidad según códigos de conducta se asocian mayormente a la calidad de la información sobre los riesgos de la TH, y secundariamente a la información sobre los beneficios de la misma. Por otra parte ninguna de estas dimensiones se asoció a una mayor o menor presentación ni de beneficios no demostrados de la terapia hormonal ni de medidas preventivas.

Referencia. Gastón Oscar Babio, Clara Bermúdez Tamayo, José Francisco García Gutiérrez, Soledad Márquez Calderón. Selección y evaluación de sitios web dirigidos a pacientes referidos al campo de la salud. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA). 1/2006

REVISIÓN DE INTERVENCIONES CON NUEVAS TECNOLOGÍAS EN EL CONTROL DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS

Introducción: La aparición de las nuevas tecnologías de la información y comunicación (TIC) y los cambios sociales actuales abren camino a la introducción de nuevas formas de asistencia sanitaria. El incremento de la esperanza de vida viene asociado con un incremento de la patología crónica. El control y la asistencia de las enfermedades crónicas representan uno de los principales retos a los que tienen que hacer frente los sistemas sanitarios. Son necesarios diseños de nuevos procesos asistenciales donde las nuevas tecnologías podrían mejorar muchos aspectos del cuidado de es-tos enfermos.

Objetivo: El objetivo principal de este informe es investigar la efectividad de la inclusión de las TIC en el control de las enfermedades crónicas.

Metodología: Se llevó a cabo una búsqueda en la base de datos Medline (entre 1996 y enero de 2005) y la Cochrane Library (incluido su registro de ensayos clínicos) para identificar aquellos que cumplieren los siguientes criterios: ensayos clínicos aleatorizados que evalúen la efectividad de las TIC (salvo intervenciones que incluyeran exclusivamente teléfono) en el control de la patología crónica y que evaluaran algún criterio clínico. Criterios de exclusión: enfermedades psiquiátricas y dermatológicas y tamaño muestral inferior a 10 en los grupos de comparación. La información fue resumida y evaluada de forma independiente por dos personas.

Resultados: Se identificaron 56 estudios potenciales, de los cuales se incluyeron finalmente 25 (5 artículos relativos al asma infantil, 3 a la HTA, 1 de telecuidados domiciliarios, 8 sobre diabetes, 6 de insuficiencia cardiaca congestiva y 2 estudios relativos a sistemas de prevención de riesgo cardiológico). Su principal limitación está relacionada con el escaso tamaño muestral de los estudios y la diversidad de las

técnicas empleadas. En general, la aplicación de las TIC en el control de la patología crónica no mejora los resultados clínicos, aunque no provoca efectos adversos. Los sistemas utilizados para la educación y apoyo social de los pacientes fueron efectivos. La aplicación de las TIC en monitorización de variables fisiológicas para detección y seguimiento de la patología cardiovascular tuvo mejores resultados clínicos, disminución de la mortalidad y disminución de la utilización de servicios sanitarios.

Conclusiones: La evidencia disponible sobre los beneficios clínicos de la aplicación de las TIC en el control de la patología crónica es escasa. Los sistemas aplicados a procesos asistenciales completos con sistemas organizativos adecuados consiguieron mejores resultados. El avance constante de la tecnología, junto con el diseño específico de programas asistenciales, prometen mejorar los resultados futuros.

Referencia: García Lizana F, Sarría Santamera A. Revisión de intervenciones con nuevas tecnologías en el control de las enfermedades crónicas. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS) Instituto de Salud Carlos III. Octubre de 2005

IMPACTO DE LOS SISTEMAS COMPUTERIZADOS DE AYUDA A LA DETECCIÓN EN LA SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD DE LA MAMOGRAFÍA DE CRIBADO

Objetivo: determinar el valor de los sistemas computerizados de ayuda a la detección (CAD) para el cribado de cáncer de mama.

Método: Se utilizaron dos series de mamografías con resultados conocidos en dos estudios. Los participantes leyeron las mamografías con y sin ayuda computerizada. En ambos estudios el orden de lectura fue randomizado separadamente para cada lector.

En el estudio 1 se incluyeron 180 estudios con 20 cánceres de intervalo y 40 cánceres detectados en el cribado. En el estudio 2 se incluyeron 120 mamografías y fue diseñado para ser favorable al CAD: se incluyeron 44 casos previamente seleccionados por un lector e identificados en CAD.

El estudio se realizó en cinco centros de cribado entre Enero de 2001 y Abril de 2003. Los participantes recibieron entrenamiento en el uso de CAD.

La principal medida de resultados fue la sensibilidad y especificidad de los participantes, que fue medida en todos los casos.

Resultados: No se encontraron diferencias significativas en sensibilidad y especificidad entre la lectura asistida y no asistida en el estudio 1. En el estudio 2, en el que participaron treinta y cinco lectores la sensibilidad y la especificidad fueron mayores en la lectura asistida, pero las diferencias no tuvieron significación estadística.

El análisis de coste efectividad probó que la lectura asistida incrementa los costes.

Los sistemas utilizados para la educación y apoyo social a los pacientes fueron efectivos

Puede ser que los CAD no sirvan como ayuda a la toma de decisiones

de Tecnologías Sanitarias de Andalucía
www.juntadeandalucia.es/salud/aetsa

- Trigger1 Point Injections for Chronic Non-malignant Musculoskeletal Pain
AHFMR Alberta Heritage Foundation for Medical Research
www.ahfmr.ab.ca

- Cardiac Catheterization in Freestanding Clinics
AHRQ Agency for Healthcare Research and Quality
www.ahrq.gov/

- La prótesis de pene en el tratamiento de la disfunción eréctil
AVALIA-T Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia
<http://avalia-t.sergas.es/>

- Artificial skin grafts in chronic wound care: a meta-analysis of clinical efficacy and a review of cost-effectiveness
CADTH (former CCOHTA) Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health
www.cadth.ca

- Glycoprotein IIb/IIIa antagonists: a systematic review of randomized clinical trials in patients undergoing percutaneous coronary intervention
CADTH (former CCOHTA) Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health
www.cadth.ca

- Proceso de evaluación de los proyectos de investigación presentados a la convocatoria 2004 de la Fundació La Marató de TV3 sobre cáncer
CAHTA Catalan Agency for Health Technology Assessment and Research
www.aatrm.net

- A systematic review of cancer waiting time audits
CRD Centre for Reviews and Dissemination
www.york.ac.uk/inst/crd/

- Indications de la transplantation hépatique
HAS (ANAES) Haute Autorité de santé/French National Authority for Health
<http://www.has-sante.fr>

- Indications et contre-indications de l'anesthésie générale pour les actes courants d'odontologie et de stomatologie
HAS (ANAES) Haute Autorité de santé/French National Authority for Health
<http://www.has-sante.fr>

- Utilidad de las prótesis de cerámica en el reemplazo total de cadera
IECS Institute for Clinical Effectiveness and Health Policy
www.iecs.org.ar

- Dépistage du cancer du sein
KCE Belgian Health Care Knowledge Centre
www.kenniscentrum.fgov.be

