

Lara ME, y Lázaro P. **Prioridades en la evaluación de condiciones clínicas y tecnología médica. Capítulo 8. En: Evaluación de tecnología médica. M/C/Q Ediciones. Valencia, 1994.**

8. PRIORIDADES EN LA EVALUACION DE CONDICIONES CLINICAS Y TECNOLOGIA MEDICA

María Elena Lara, MD, MPH.*

Pablo Lázaro y de Mercado, MD, MBA, Ph.D.

INTRODUCCIÓN

Muchas veces al ejecutar varias tareas nos encontramos limitados porque disponemos de recursos escasos como el tiempo, la experiencia, o el dinero. Todos establecemos prioridades, conscientemente o no, sobre qué tarea es más importante cuando tomamos decisiones sobre cómo distribuir estos recursos escasos de acuerdo a nuestros propios criterios. En el campo de la evaluación de los servicios y tecnologías de la salud, el problema fundamental es el mismo: ¿cómo escogemos los temas a estudiar o proyectos a seguir cuando los recursos para ejecutarlos son limitados? Las complejas características de la prestación de atención de la salud, la gran cantidad de tecnologías que pueden ser

* **María Elena Lara** (coautora del capítulo 8)

Graduada en Ingeniería Mecánica, especialidad de Bioingeniería, *Massachusetts Institute of Technology* (MIT), Cambridge, Massachusetts, EEUU.

Licenciada en Medicina y en *Health Sciences and Technology*, Harvard Medical School. Boston, Massachusetts, EEUU.

Program Officer en el *Institute of Medicine. National Academy of Sciences*, Washington D.C., EEUU.

Directora del proyecto: *National priorities for the assessment of clinical conditions and medical technologies. Institute of Medicine. National Academy of Sciences*, Washington D.C., EEUU.

Especialidad de Pediatría en el *Childrens Hospital of Los Angeles*. Los Angeles, California, EEUU.

Robert Wood Johnson Clinical Scholar en la Universidad de California Los Angeles (UCLA), Los Angeles, California, EEUU.

Autora del libro: Lara ME and Goodman C. eds, 1990. *National Priorities for the Assessment of Clinical Conditions and Medical Technologies: Report of a Pilot Study. Institute of Medicine. Washington, DC: National Academy Press.*

aplicadas a numerosas condiciones clínicas, el dinamismo de la innovación en medicina, las variadas opciones en la toma de decisiones en política de salud, entre otras razones, hacen que los temas donde se debe mejorar el conocimiento sobre la tecnología médica sean muy numerosos [1-5]. Como no es posible evaluar todo, de alguna manera será necesario desarrollar un proceso para identificar las áreas en las que la evaluación produzca el máximo impacto.

Establecer prioridades, o sea escoger los temas o aspectos específicos a estudiar, es el primer paso en el ciclo de la evaluación en servicios de salud. Este ciclo de actividades incluye considerar los posibles temas a estudiar, seleccionar el tema, conducir la evaluación y diseminar o dar a saber los resultados. También es importante examinar el impacto de la evaluación ejecutada en términos de cómo los resultados han sido aplicados en la práctica clínica y han influenciado la prestación de servicios. Los resultados de una evaluación pueden influenciar las prácticas o decisiones de pacientes, profesionales de la salud, pagadores de servicios y políticos de sanidad. Por ejemplo, una evaluación puede influenciar que un médico decida utilizar uno u otro procedimiento, o que los responsables en la asignación de recursos los distribuyan de una u otra manera.

La necesidad de establecer prioridades puede surgir a diferentes niveles en los sistemas de salud. Al nivel nacional, el gobierno necesita decidir cuáles proyectos pueden ser los más meritorios de financiación pública. Ya que los servicios y tecnologías a evaluar son muchas y los recursos económicos y humanos disponibles para la evaluación son limitados, un método para establecer prioridades puede ser útil y beneficioso al distribuir estos recursos. Asignar prioridades de esta manera puede promover el impacto deseado de una evaluación, ya que los recursos nacionales disponibles para la evaluación serán utilizados en áreas en las cuales la evaluación es más necesaria o rendirá más beneficios.

Este capítulo describe los elementos clave de un método formal para establecer prioridades:

1) el alcance de los temas a priorizar, 2) los criterios para establecer las prioridades, 3) el

método para aplicar los criterios, y 4) la incorporación de varias perspectivas en el proceso. El propósito de explicar en detalle las partes importantes del proceso es demostrar sus ventajas y problemas, a la vez que facilitar su aplicación en diferentes situaciones. Aunque ha habido varias iniciativas para establecer prioridades para la evaluación de tecnologías médicas, aquí usamos como ejemplo las reflexiones llevadas a cabo en el Instituto de Medicina (IOM), dependiente de la Academia Nacional de Ciencias de los EEUU. En un primer estudio piloto, publicado en 1990 [3] el IOM desarrolló una metodología para establecer prioridades y seleccionar veinte condiciones clínicas y tecnologías médicas para ser evaluadas. El IOM revisó los abordajes previos para establecer prioridades. Combinando métodos de consenso y de modelos, el IOM propuso una metodología para establecer prioridades a nivel nacional, teniendo en cuenta factores objetivos y subjetivos que pueden ser importantes para la toma de decisiones en el establecimiento de prioridades.

LOS ELEMENTOS CLAVE DE UN PROCESO PARA ESTABLECER

PRIORIDADES

Una metodología ideal de establecimiento de prioridades debería tener en cuenta explícita y cuantitativamente todos los factores que influyan en la elección de tecnologías candidatas a ser evaluadas. Dicho proceso de establecimiento de prioridades debería ser sometido a revisión periódica y a las modificaciones oportunas, de tal forma que incorporara los desarrollos en las tecnologías emergentes, el manejo de las condiciones clínicas, y otros factores que afecten a las perspectivas de los decisores.

Podemos definir el proceso de establecer prioridades en la evaluación a través de cuatro preguntas: 1) ¿Qué alcance de temas consideraremos antes de escoger los más importantes? 2) ¿Qué criterios utilizaremos para comparar la importancia de diferentes temas? 3) ¿A través de qué método aplicaremos los criterios y escogeremos los temas prioritarios? 4) ¿Cómo aseguraremos que el proceso refleje diferentes perspectivas?

1. El alcance de temas a priorizar

Al plantear la pregunta --¿qué se prioriza?-- podemos considerar dos puntos de vista: el punto de vista tecnológico o el punto de vista de la situación clínica. El *punto de vista tecnológico* se interesa en las tecnologías individuales y en el estudio de los resultados y coste de las tecnologías por sí solas sin considerar otras tecnologías que puedan ser utilizadas para una misma situación clínica. Consideramos tecnologías individuales: medicamentos, aparatos médicos, procedimientos médicos o quirúrgicos, sistemas para sustentar los servicios de salud, y sistemas para administrar los servicios de salud. Por ejemplo, tecnologías como la resonancia magnética, la radiología vascular, la angioplastia o la litotricia pueden ser prioridades para la evaluación.

Por otro lado, el *punto de vista clínico* toma en consideración las varias tecnologías que el profesional de la salud puede utilizar para una misma situación clínica. En este caso, en vez de considerar sólo la resonancia magnética como el tema de importancia, se plantea el problema en términos de, por ejemplo, el diagnóstico de un accidente cerebrovascular usando la tomografía axial computarizada, la radiografía vascular, o la resonancia magnética. Otro ejemplo sería plantear el tratamiento de un infarto agudo de miocardio a través de medicamentos trombolíticos, cuidado intensivo, o angioplastia, como una prioridad a evaluar. La diferencia es que cuando se utiliza el punto de vista tecnológico, se considera a la angioplastia o a los medicamentos trombolíticos como tecnologías por sí solas, mientras que con el punto de vista clínico, dichas tecnologías se consideran dentro de del manejo de una condición clínica, en este caso el infarto agudo de miocardio.

De esta manera al desarrollar una lista de temas posibles para evaluar se pueden incluir tanto tecnologías como situaciones clínicas. Cada uno de estos planteamientos puede ser más o menos útil de acuerdo a la aplicación. Un financiador de los servicios de salud puede inclinarse a utilizar el punto de vista tecnológico al considerar las prioridades. En vez de pensar que el tratamiento de un infarto es el problema a considerar, los pagadores de servicios de salud pueden pensar que las tecnologías específicas tales como la cirugía o la

angioplastia son los temas importantes. Podemos entender este enfoque de los pagadores cuando nos damos cuenta que estos aseguradores deben tomar decisiones sobre si pagarán este servicio o no en base de tecnologías específicas, una a una. Por otra parte, el enfoque de la situación clínica es más natural para los proveedores de servicios médicos ya que al tomar decisiones sobre tratamientos o diagnósticos deben tener en cuenta las diferentes alternativas o tecnologías disponibles para tratar a un paciente con un determinado problema clínico.

2. Criterios explícitos para establecer prioridades en la evaluación

Al definir criterios para priorizar se debe ser consciente de que estos criterios simplemente proporcionan una estructura explícita para el método. Individuos con diferentes papeles o responsabilidades en los servicios de la salud pueden utilizar diferentes criterios o dar un énfasis distinto a cada uno de ellos. Aunque la aplicación de los criterios dependa del papel de los individuos en los servicios de salud, el utilizar criterios explícitos permite enmarcar la discusión mejor.

Con el uso de paneles de expertos, que incluían representantes de pacientes, profesionales de la salud, investigadores, financiadores, y personas involucradas en la regulación, el IOM desarrolló criterios primarios y secundarios para establecer prioridades. Estos criterios sirven de estándares explícitos para comparar áreas candidatas de evaluación en términos del impacto relativo que resultaría si se decidiese dedicar recursos para evaluar dicha área.

Los *criterios primarios* para establecer prioridades tienen en cuenta elementos importantes que deben ser considerados en las evaluaciones y que pueden ser fácilmente cuantificables.

Estos criterios primarios incluyen que la capacidad potencial de que la evaluación:

- mejore los resultados individuales del paciente,
- afecte a una gran población de pacientes,
- reduzca el coste unitario o agregado, y
- reduzca variaciones inexplicadas en la práctica médica.

Los *critérios secundarios* tienen en cuenta otros factores que deberían ser tenidos en cuenta en las decisiones de priorización, pero que pueden ser más difíciles de cuantificar debido a su naturaleza más general o subjetiva. Por esta razón, el peso de los juicios de valor es más importante que en los criterios primarios. Los criterios secundarios incluyen la capacidad potencial de que la evaluación:

- aborde implicaciones éticas y sociales,
- avance el conocimiento médico,
- afecte a decisiones políticas,
- mejore la capacidad nacional para evaluar, y
- sean factibles de realizar.

Para ilustrar la aplicación de estos criterios utilizaremos un ejemplo. Planteemos el tema a evaluar desde el punto de vista clínico - el caso de un paciente con un infarto agudo de miocardio. En esta situación podemos enumerar las tecnologías que pueden ser utilizadas para tratar a este tipo de paciente, por ejemplo, medicamentos para controlar la presión arterial o prevenir arritmias o restablecer el flujo de sangre a las arterias coronarias, como p.ej. los medicamentos trombolíticos. Muchas veces estos enfermos son también candidatos para cuidados intensivos en unidades coronarias o para cirugía cardiovascular.

¿Y por qué podría ser una condición clínica como el infarto de miocardio, o en general la cardiopatía isquémica y las tecnologías involucradas, una prioridad para la evaluación?

Según los *critérios primarios*, por su capacidad potencial de: **a) mejorar los resultados individuales del paciente**. La evaluación y el uso apropiado de estas tecnologías pueden conducir a que el paciente tenga mayor probabilidad de sobrevivir el incidente y de volver a su trabajo y actividades cotidianas más pronto. Este criterio primario enfatiza el beneficio o riesgo individual del paciente incluyendo aspectos de la calidad de vida que puedan ser afectados como resultado de la evaluación. **b) Afectar a una gran población de pacientes**. Los resultados de una evaluación como ésta pueden ser aplicados a un gran número de pacientes. Por ejemplo, en los EEUU la cardiopatía isquémica produce cada año

más de medio millón de muertes, y un millón y medio de infartos de miocardio. El cateterismo cardíaco fue el cuarto procedimiento más frecuentemente utilizado en los EEUU con cerca de 900.000 procedimientos realizados en 1987 [3]. En España, en 1989, la enfermedad coronaria produjo unas 33.000 muertes [6], en el año 1991 se realizaron más de 23.000 cateterismos cardíacos [7], unas 5.000 angioplastias coronarias, y unas 4.000 CBACs [6]. **c) Reducir el coste unitario o agregado.** Las intervenciones relacionadas con el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad coronaria y la pérdida de productividad asociada produjeron en los EEUU un coste de casi 80.000 millones de dólares en 1986 [3]. El aumento en la utilización de nuevas tecnologías, como la angioplastia, ha resultado a veces en altos costes, y una evaluación que indique en qué situaciones clínicas este procedimiento es apropiado, puede contribuir a que los costes se limiten a los casos en que los resultados al paciente sean beneficiosos. **d) Reducir variaciones inexplicadas en la práctica médica.** Se han objetivado amplias variaciones geográficas en la incidencia de hospitalización para dolor torácico, angor, infarto, e intervenciones de cirugía cardiovascular en los EEUU [3,8]. Se ha estimado que las variaciones inexplicadas en el uso de la CBAC producen unas pérdidas anuales en los EEUU de 950 millones de dólares, en el cateterismo cardíaco unos 620 millones de dólares, y las variaciones en el manejo de la angina y el infarto 460 y 220 millones de dólares respectivamente [3].

Los *criterios secundarios* también son relevantes en la priorización. Por ejemplo, los aspectos éticos y sociales incluirían la repercusión familiar y social derivadas de la condición clínica. Las evaluaciones sobre la cardiopatía isquémica podrían avanzar el conocimiento médico puesto que existe una gran necesidad de definir las estrategias óptimas para detectar precozmente, prevenir, diagnosticar, y tratar esta condición clínica. Desarrollar estas evaluaciones requerirá definir hipótesis verificables sobre las tecnologías alternativas para prevenir o diagnosticar y tratar esta condición clínica en cada estado. La evaluación podría afectar a las decisiones políticas, puesto que podría ayudar a los gobiernos o a compañías aseguradoras a determinar la distribución de recursos y personal para el tratamiento de esta condición clínica común. La evaluación de una condición clínica

tan prevalente movilizaría recursos de muchos centros y lugares, requeriría que se pusiesen en marcha estudios multicéntricos llevados a cabo por grupos multidisciplinarios, y esas tareas mejorarían intrínsecamente la capacidad evaluadora nacional.

3. Métodos de aplicación de criterios

El método ideal de aplicar criterios para establecer prioridades debería basarse en ciertas reglas con el suficiente rigor científico como para que el proceso pueda ser repetido en condiciones de validez y reproducibilidad. En principio, existen dos tipos de métodos: consensos y modelos. Los métodos de consenso se basan en la síntesis de la opinión de un grupo de expertos. Pueden variar en cuanto a la formalidad del proceso, su grado de fundamento en información cuantitativa, o en el uso de criterios implícitos o explícitos. Los métodos de consenso tienen sus limitaciones (sesgos de los expertos), pero a pesar de las limitaciones, cuando los paneles son equilibrados, pueden ser la única forma de abordar problemas, especialmente cuando no hay datos primarios o no son accesibles. La metodología de modelos se basa en métodos cuantitativos que pueden ser usados para identificar prioridades para la evaluación o para estimar su valor esperado. Los modelos proporcionan rigor al proceso de establecimiento de prioridades al definir criterios objetivos que facilitan un orden cuantitativo de las tecnologías candidatas a ser evaluadas. Sin embargo, los modelos cuantitativos están limitados por la medida en que las asunciones son explícitas y razonables, la disponibilidad y calidad de los datos, y la dificultad de tener en cuenta factores importantes pero difíciles de cuantificar [3].

En todo caso, la utilización de criterios suele ser difícil cuando se escoge de acuerdo a efectos potenciales en lugar de reales. También se plantean problemas al decidir el peso de cada criterio, al decidir el modelo estadístico, al unificar los juicios de valor por un panel de expertos. La falta de información, la rapidez en los avances médicos, las múltiples perspectivas traducidas a diferentes criterios, y en ocasiones las presiones políticas que dificultan el rigor metodológico del análisis, especialmente en esta fase de aplicación de

criterios, deben ser elementos a tener en cuenta cuando se inicia un programa de establecimiento de prioridades.

4. Inclusión de un amplio rango de perspectivas en el proceso

El orden de prioridades que establece un individuo o grupo o estamento según su responsabilidad en el sistema de salud puede ser distinto. Por ejemplo, es posible que el decisor político, el gerente de un centro, los financiadores de los servicios de salud, el investigador, el médico, las enfermeras, o el paciente, puedan tener perspectivas diferentes en sus prioridades. En consecuencia, los grupos legítimos que formen parte del contexto social deberían poder participar en el proceso de establecimiento de prioridades. El IOM realizó un abordaje nacional para establecer prioridades que incluyeron a un amplio rango de intereses en la evaluación incluyendo a 14 organizaciones (dos de médicos, una asociación de hospitales, un financiador federal, dos aseguradoras privadas, dos fabricantes de productos sanitarios, dos agencias federales que realizan y financian investigación, un evaluador independiente de productos sanitarios, y una institución política de bases académica). Además, los miembros individuales del grupo de expertos del IOM pertenecían a un gran abanico dentro del sector de la salud.

Con el proceso expuesto, el grupo de expertos del IOM mediante la técnica delphi modificada a dos vueltas eligió 20 prioridades en el ámbito nacional de una lista de 496 condiciones clínicas y tecnologías candidatas a ser evaluadas (tabla 1).

Un nuevo paso del IOM: recomendaciones a la OHTA

Posteriormente, el IOM fue encargado de proponer un método para establecer prioridades para la evaluación de tecnología a la *Office of Health Technology Assessment* (OHTA), organización encuadrada dentro de la AHCPH [2]. Para ello, de nuevo el IOM, después de revisar ocho métodos usados por diferentes organizaciones, estableció unos principios y elaboró unas recomendaciones a la OHTA, incluyendo el proceso en sí mismo.

Los principios formulados por el IOM son los siguientes: primero, cualquier proceso de establecer prioridades para la evaluación de la tecnología debe ser consistente con la misión de la organización. El proceso para la OHTA, como institución pública, debe incorporar información sobre cómo mejorar los resultados, reducir gastos inapropiados, reducir desigualdades en la atención sanitaria, e informar sobre temas sociales especiales. El segundo principio es que el proceso debe tener en cuenta las necesidades de información de los usuarios, dirigiendo la atención hacia condiciones clínicas específicas y hacia estrategias alternativas para manejar tales condiciones. Tercero, el proceso debe ser eficiente en el sentido de no consumir recursos innecesarios en el proceso de establecimiento de prioridades. Finalmente, el proceso de establecer prioridades debe ser sensible a su contexto político, es decir, debe ser objetivo, abierto, y justo. En las recomendaciones, el IOM recomienda un proceso explícito y cuantitativo descrito en la tabla 2.

Algunas dificultades en el proceso de establecimiento de prioridades.

Una primera dificultad es que los juicios de los decisores con diferentes responsabilidades en el sistema de salud pueden ser diferentes en relación con cuáles serían los temas de gran prioridad, qué estándares o criterios usar para seleccionarlos, y cuál sería la importancia relativa de tales criterios. Se puede avanzar incluyendo diversos puntos de vista y adoptando una perspectiva de interés social. Una segunda limitación importante es que los datos primarios para considerar prioridades a menudo no existen o no son accesibles. En consecuencia, las decisiones en el establecimiento de prioridades pueden incorporar juicios y percepciones implícitas que pueden dominar las decisiones. Cuando se utilizan prioridades con métodos cuantitativos surgen algunas preguntas adicionales. Por ejemplo, ¿conduce una puntuación numérica a inferencias irreales sobre la precisión de los rangos? ¿Produce inflexibilidad la codificación de un proceso idealizado? ¿Hay sesgo de selección hacia temas que son cuantificables? El comité del IOM cree que la mayor parte de estas aparentes dificultades son el resultado de percepciones erróneas provenientes del uso de modelos cuantitativos. Las ventajas del modelo son que es explícito, que contiene una

representación de los valores de la sociedad, y que define las tareas de recogida de información del proceso de establecimiento de prioridades.

Un determinado sistema de salud puede ignorar el establecimiento de procesos para establecer prioridades, sin embargo continuamente todos estamos estableciendo prioridades ya sea de forma implícita o explícita. En el sector de la salud, en la medida que los procesos de establecimiento de prioridades para la evaluación sean llevados a cabo por intuición o por azar, pueden no conducir al óptimo uso de los recursos [3]. Estas razones justifican la necesidad de utilizar métodos formales para establecer prioridades en la evaluación de condiciones clínicas y tecnologías médicas.

Tabla 1. Lista de 20 prioridades para la evaluación elaborada por el IOM (en orden alfabético del original en inglés)

Condiciones clínicas	Tecnologías
Cancer de mama	Tecnologías de diagnóstico por imagen
Cataratas	Pruebas de diagnóstico de laboratorio
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	Eritropoyetina
Enfermedad coronaria	Aparatos implantables
Enfermedades de la vesícula biliar	Unidades de cuidados intensivos
Hemorragia gastrointestinal	Trasplante y reposición de órganos
Inmunodeficiencia humana por infección viral	
Enfermedades y lesiones articulares	
Dolor lumbar	
Osteoporosis	
Embarazo	
Prostatismo	
Trastornos psiquiátricos	
Abuso de sustancias	

Fuente: Lara ME and Goddman S. eds, 1990. National Priorities for the Assessment of Clinical Conditions and Medical Technologies: Report of a Pilot Study. Institute of Medicine. Washington, DC: National Academy Press. (Cita bibliográfica 3).

Tabla 2. Establecimiento de prioridades para la evaluación de condiciones clínicas. Cálculo de la puntuación de prioridad

Criterio Nombre (tipo)*	Peso del criterio (W)	Puntuación del criterio (S)
Prevalencia (O)	W_1	Número de personas con la condición/1.000 personas en la población general
Coste (O)	W_2	Coste/persona
Variaciones en las tasas de utilización (O)	W_3	Coefficiente de variación de las tasas de uso (desviación estándar dividida por la media)
Carga de la enfermedad (S) Diferencia en años de esperanza de vida ajustados por calidad (QALE) entre un paciente que tiene la condición y recibe tratamiento convencional, y el QALE de una persona de la misma edad que no tiene la condición.	W_4	Valoración de 1 a 5
Potencial de que los resultados de la evaluación cambien los resultados de salud (S)	W_5	Valoración de 1 a 5
Potencial de que los resultados de la evaluación cambien los costes (S)	W_6	Valoración de 1 a 5
Potencial de que los resultados de la evaluación mejoren la información sobre importantes temas éticos, legales, o sociales (S)	W_7	Valoración de 1 a 5

*Tipos de criterios: O = objetivo; S = Subjetivo

Ejemplo de cálculo: Puntuación de prioridad = $W_1 \ln S_1 + W_2 \ln S_2 + \dots + W_7 \ln S_7$

donde W_1 es el peso subjetivo asignado al criterio 1, S_1 es la puntuación del criterio 1, y \ln = el logaritmo natural de la puntuación del criterio.

Fuente: Institute of Medicine. Setting priorities for health technology assessment. A model process. Donalson MS, Sox HC, editores. Washington, DC: National Academy Press, 1992. (Cita bibliográfica 2).

8. CONCEPTOS ESENCIALES

- Existen numerosas tecnologías candidatas a ser evaluadas. Sin embargo, los recursos para la evaluación (tiempo, experiencia, dinero) son limitados. En consecuencia, se deben establecer prioridades para la evaluación.
- El marco conceptual del proceso de priorización debe permitir integrar tanto a condiciones clínicas (cáncer de mama, cataratas) como a tecnologías (trasplantes, resonancia magnética).
- El proceso debe incluir criterios explícitos, ya sean objetivos o subjetivos.
- Para aplicar los criterios existen básicamente dos aproximaciones: por acuerdo de expertos o por modelos matemáticos.
- El proceso debe representar a las partes y grupos involucrados de forma que se facilite la perspectiva social.
- Los cuatro principios básicos de cualquier proceso de establecer prioridades son: primero, el proceso debe ser consistente con la misión de la organización; segundo, el proceso debe tener en cuenta las necesidades de información de los usuarios; tercero, el proceso debe ser eficiente; y cuarto, el proceso debe ser objetivo, abierto, y justo.
- Si un sistema de salud no desarrolla un sistema explícito de establecer prioridades, éstas se establecen de forma implícita, en este caso, la intuición, el azar, o determinados sesgos, configuran unas prioridades en la práctica que pueden conducir a un uso no óptimo de los recursos dedicados a salud.

BIBLIOGRAFIA

1. Pozo F, Ricoy JR, Lázaro P. Una estrategia de investigación en el sistema nacional de salud: I. La Epidemiología clínica. Med Clin (Barc) 1994;102:664-9.
2. Institute of Medicine. Setting priorities for health technology assessment. A model process. Donalson MS, Sox HC, editores. Washington, DC: National Academy Press, 1992.
3. Lara ME and Goodman C. eds, 1990. National Priorities for the Assessment of Clinical Conditions and Medical Technologies: Report of a Pilot Study. Institute of Medicine. Washington, DC: National Academy Press.
4. Brook RH. Health services research: is it good for you and me? Acad Med 1989;64:124-30.
5. Vivas D, Sánchez Ruano E. Informe Delphi. El sistema sanitario español. Estrategias, tendencias y áreas de desarrollo. M/C/Q/ Ediciones S.L. Valencia, 1993.
6. Lázaro P. Angioplastia coronaria y cirugía coronaria: Algunas consideraciones socio-económicas. Rev Esp Cardiol 1993;46 (supl. 3):1-14.
7. Pan M, Martínez Elbal L, Gómez Recio M, Mainar Tello V. Registro de la sección de hemodinámica y cardiología intervencionista del año 1992. Rev Esp Cardiol 1993;46:711-17.
8. Wennberg JE. Dealing with medical practice variations: a proposal for action. Health Affairs 1984;3:6-32.

Pablo Lázaro y de Mercado
Técnicas Avanzadas de Investigación en Servicios de Salud (TAISS)
C/Cambrils 41-2
28034 Madrid
Spain
Phone: 34-91-7310380
FAX: 34-91-7302893
e-mail: plazaro@taiss.com
www.taiss.com