

INDICE

ÍNDICE DE ACRÓNIMOS	7
ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS	13
1.- INTRODUCCIÓN	19
1.1. ORIGEN Y EVOLUCIÓN	21
1.2. DOCUMENTOS ELABORADOS EN LA EVALUACIÓN DE TECNOLOGIAS SANITARIAS.	25
1.2.1. <i>Informes de Evaluación</i>	26
1.2.2. <i>Consultas técnicas</i>	27
1.2.3. <i>Fichas técnicas</i>	27
1.2.4. <i>Guías de Práctica Clínica</i>	28
1.3.- TRANSFERENCIA DEL CONOCIMIENTO CIENTÍFICO	31
1.4.- LA TRANSFERENCIA DEL CONOCIMIENTO EN ETS.....	33
2.- OBJETIVOS	51
3.- MATERIAL Y MÉTODOS	55
3.1. IDENTIFICACIÓN DE LAS AGENCIAS DE ESTUDIO	57
3.2. ESTABLECIMIENTO DE VARIABLES DE ESTUDIO	59
3.2.1. <i>Agencias de Evaluación</i>	60
3.2.1.1.-Naturaleza de las Agencias	60
3.2.1.2. Audiencia diana.....	60
3.2.2.- <i>Producción científica</i>	62

3.2.2.1.- Tipología documental.....	62
3.2.2.2.- Análisis de la producción científica de las Agencias.....	63
3.2.3.- Estrategias de difusión y diseminación.....	65
3.2.3.1.- Presencia de las Agencias en las Bases de datos.....	65
3.2.3.2.- Análisis de las páginas web.....	69
3.2.3.3.- Servicios web ofrecidos por las Agencias.....	70
3.3. LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	73
3.3.1. -Sobre la selección de Agencias de ETS.....	73
3.3.2.- Análisis de variables.....	73

4. RESULTADOS..... 75

4.1.- DESCRIPCIÓN DE LAS AGENCIAS ANALIZADAS.....	77
4.1.1.- EUROPA.....	79
4.1.1.1 Alemania.....	79
4.1.1.2.- Austria.....	81
4.1.1.3.- Bélgica.....	82
4.1.1.4.- Dinamarca.....	83
4.1.1.5.- España.....	84
4.1.1.6.- Finlandia.....	90
4.1.1.7.- Francia.....	91
4.1.1.8.- Holanda.....	92
4.1.1.9.- Irlanda.....	94
4.1.1.10.- Italia.....	95
4.1.1.11.- Lituania.....	96
4.1.1.12.- Noruega.....	97
4.1.1.13.- Polonia.....	99
4.1.1.13.- Reino Unido.....	100
4.1.1.14.- Suecia.....	102
4.1.1.15.- Suiza.....	103
4.1.2- NORTEAMÉRICA.....	107
4.1.2.1.-Canadá.....	107
4.1.2.2.-Estados Unidos.....	110
4.1.2.3.- México.....	112
4.1.3.- LATINOAMÉRICA.....	117
4.1.3.1.- Argentina.....	117
4.1.3.2.- Brasil.....	118
4.1.3.3.- Chile.....	119

4.1.4.- ASIA.....	121
4.1.4.1.- Israel	122
4.1.4.2.- Tailandia.....	123
4.1.4.3.- Taiwan (Rep China)	124
4.1.4.4.- Corea del Sur.....	124
4.1.4.5.- Malasia.....	125
4.1.5 OCEANÍA.....	127
4.1.5.1.-Nueva Zelanda	127
4.1.5.2.-Australia	128
4.2.- ANÁLISIS DE RESULTADOS	131
4.2.1.-Vida media de las Agencias	133
4.2.2.-Dependencia funcional	134
4.2.3.- Recursos humanos	134
4.2.4.- Distribución de las Agencias por países	135
4.2.3. Audiencia diana.....	137
4.2.3.1.- Autoridades sanitarias	137
4.2.3.2.- Gestores y planificadores sanitarios	138
4.2.3.3.- Clínicos y otros profesionales sanitarios	140
4.2.3.4.- Audiencia industrial	141
4.2.3.5.- Ciudadanos y pacientes	142
4.2.3.6.- Otras audiencias	143
4.2.4. Tipología documental	143
4.2.4.1.- Informes de Evaluación (IE).....	144
4.2.4.2.-Consultas Técnicas	147
4.2.4.3.- Fichas Técnicas.....	150
4.2.4.4.-Guías de Práctica Clínica	153
4.2.4.5.-Otros tipos de documentos	155
4.2.5.- Estrategias de difusión y diseminación	163
4.2.5.1. Presencia de página web institucional	163
4.2.5.2.- Producción científica de las Agencias	165
4.2.5.3.- Servicios de indización y recuperación de la información	177
4.5.3.2.-Bases de datos clínicas.....	183
4.2.5.4.- Nuevos servicios de información al usuario.....	187

5. DISCUSIÓN	191
5.1. INSTITUCIONES.....	195
5.2. PERSONAL.....	196
5.3. IDENTIFICACIÓN DE LAS AUDIENCIAS	197
5.4. TIPOLOGÍAS DOCUMENTALES	199
5.5. ESTRATEGIAS DE DIFUSIÓN.....	203
6.- CONCLUSIONES.....	215
ANEXOS	221
ANEXO I: CUESTIONARIO SOBRE LAS AGENCIAS DE ETS. VERSIÓN EN CASTELLANO	223
ANEXO II: CUESTIONARIO SOBRE LAS AGENCIAS DE ETS. VERSIÓN EN INGLÉS.....	225
ANEXO III: PRESENCIA DE LAS AGENCIAS EN BASES DE DATOS. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	227
ANEXO IV: CLASIFICACIÓN DE LA TIPOLOGÍA DOCUMENTAL EMPLEADA.....	231
BIBLIOGRAFÍA	237

ÍNDICE DE ACRÓNIMOS

A

AETMIS	Agence d'évaluation des Technologies et des Modes d'Intervention en Santé
AETS	Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias
AETSA	Agencia Andaluza de Evaluación de Tecnologías Sanitarias
Age.na.s	Agencia nazionale per i servizi sanitari regionali
AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
AHTA	Adelaide Health Technology Assessment
AHTAPol	Agency for Health Technology Assessment in Poland
AIAQS	Agència d'informació, Avaluació i Qualitat en Salut
ASERNIP-S	Australian Safety and Efficacy Register of New Interventional Procedures-Surgical
AUNETS	Agencias y Unidades de Evaluación de Tecnologías Sanitarias
Avalia-t	Axencia de Avaliación de Tecnologías Sanitarias de Galicia

C

CADTH	Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health
CAHTA	Catalan Agency for Health Technology Assessment and Research
CDE	Center for Drug Evaluation

CEDIT	Comite d’Evaluation et de Diffusion des Innovations Technologiques
CENETEC	Centro Nacional de Excelencia Tecnológica
CNHTA	Committee for New Health Technology Aseessment
CRD	Centre for Reviews and Dissemination
CT	Consultas técnicas
CVZ	College voor Zorgverzekeringen

D

DACEHTA	Danish Centre for Evaluation and Health Technology Assessment
DAHTA @DIMDI	Deutsche Agentur für Health Technology Assessment
DECIT-CGATS	Geral de Avaliação de Tecnologias em Saúde
DSI	Dansk Sygehusinstitut

E

ECHTA/ECAHI	European Collaboration for Health Technology Assessment
ETESA	Evaluación de tecnologías sanitarias
ETS	Evaluación de Tecnologías Sanitarias
EuroScan	International Information Network on New and Emerging Health Technologies
EUnetHTA	European network for Health Technology Assessment

F

FinOHTA	Finnish Office for Health Care Technology Assessment
FT	Fichas técnicas

G

GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GPC	Guías de Práctica Clínica
GR	Gezondheidsraad

H

HAS	Haute Autorité de Santé
HIQA	Health Information and Quality Authority
HITAP	Health Intervention and Technology Assessment Program
HSAC	Health Services Assessment Collaboration
HTAi	Health Technology Assessment International

I

ICTAHC	Israel Center for Technology Assessment in Health Care
IE	Informes de Evaluación
IECS	Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria
IHE	Institute of Health Economics
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
ISTAHC	International Society of Technology Assessment in Health Care

J

JCR Journal Citation Report

K

KCE Kenniscentrum

L

LBI of HTA Ludwig Boltzmann Institute for Health Technology Assessments

M

MaHTAS Malaysian Health Technology Assessment Section

MAS Medical Advisory Secretariat

MBE Medicina Basada en la Evidencia

MSAC Medicare Services Advisory Committee

MTU-SFOPH Medical Technology Unit Swiss Federal Office of Public Health

N

NETSCC, HTA NIHR Coordinating Centre for HTA

NHS QIS	NHS Quality Improvement Scotland
NGC	National Guideline Clearinghouse
NHSC	National Horizon Scanning Centre
NOKC	Norwegian Knowledge Centre for Health Services

O

OMS	Organización Mundial de la Salud
OSTEBA	Euskal Herriko Osasun Saileko-Osasun Teknologien Ebaluazioko Zerbitzua
OTA	Office of Technology Assessment

R

RS	Revisión Sistemática
RSS	Really Simple Syndication

S

SBU	Statens Beredning för medicinsk Utvärdering
------------	---

U

UE Unión Europea

UETS Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias

UVT – HTA Unità di Valutazione delle Tecnologie

V

VASPVT Veselības Statistikas un Medicīnas Tehnoloģiju Valsts Aģentūra

VATAP - VA Veterans Affairs Technology Assessment Program

W

WOK Web of Knowledge

Z

ZonMw Nederlandse Organisatie Voor Gezondheidsonderzoek en
Zorginnovatie

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Distribución de Agencias en el mundo

Tabla 2: Principales características de las Agencias de ETS en Europa.	105
Tabla 3: Principales características de las Agencias de ETS en Norteamérica.	115
Tabla 4: Principales características de las Agencias de ETS en Latinoamérica.	120
Tabla 5: Principales características de las Agencias de ETS en Asia.	126
Tabla 6: Principales Agencias de ETS en Oceanía.	130

Productos elaborados

Tabla 1: Características de los productos elaborados por organizaciones de ETS.	30
Tabla 7: Relación de Agencias por países.	136

Relación de países según los DESTINATARIOS de la información que elaboran

Tabla 8: Relación de países con información dirigida a autoridades sanitarias.	138
Tabla 9: Relación de países con información dirigida a gestores sanitarios.	139
Tabla 10: Relación de países con información para profesionales sanitarios.	141
Tabla 11: Relación de países con información para ciudadanos.	142

Relación de países según los DOCUMENTOS que elaboran

Tabla 12: Relación de países que elaboran IE.	145
Tabla 16: Relación de países que elaboran CT.	148
Tabla 20: Relación de países que elaboran FT.	151
Tabla 23: Relación de países que elaboran GPC.	154
Tabla 26: Relación de países que elaboran documentos metodológicos.	156
Tabla 27: Relación de países que elaboran información para pacientes.	158

Tabla 29: Otros documentos elaborados por las Agencias de ETS.....	162
--	-----

Relación de Agencias de acuerdo a la TERMINOLOGÍA de sus productos

Tabla 13: Relación de Agencias de acuerdo a la terminología de los IE.....	146
Tabla 17: Relación de Agencias de acuerdo a la terminología de las CT.....	149
Tabla 21: Relación de Agencias de acuerdo a la terminología de las FT.	152
Tabla 24: Relación de Agencias de acuerdo a la terminología de las GPC.	154

Relación de Agencias de acuerdo al ACCESO de sus productos

Tabla 14: Relación de Agencias de acuerdo al acceso a los IE.....	146
Tabla 18: Relación de Agencias de acuerdo al acceso de las CT.	149
Tabla 22: Acceso a los contenidos de FT.	152
Tabla 25: Relación de Agencias de acuerdo al acceso a las GPC.....	155

Relación de Agencias de acuerdo al IDIOMA de sus productos

Tabla 15: Relación de Agencias de acuerdo al idioma de los IE.	147
Tabla 19: Relación de Agencias de acuerdo al idioma de las CT.	150
Tabla 28: Relación de Agencias de acuerdo al idioma de la información para pacientes.....	159

PRODUCCIÓN CIENTÍFICA de las Agencias

Tabla 31: Media de artículos publicados por Agencias.....	166
Tabla 32: Crecimiento de artículos por año y Agencia.	167
Tabla 33: Número de veces que aparece un título	169
Tabla 34: Relación de publicaciones con factor de impacto.....	171

Tabla 35: Listado de revistas de acuerdo a las especialidades. Revistas clínicas	173
Tabla 36: Listado de revistas de acuerdo a las especialidades. Revistas básicas	175
Tabla 37: Listado de revistas de acuerdo a las especialidades. Otras	177

Relación de Agencias según PRESENCIALIDAD en las bases de datos

Tabla 38: Listado de Agencias presentes en la base de datos HTA.	180
Tabla 39: Listado de Agencias presentes en la base de datos Cochrane.....	182
Tabla 40: Índice de solapamiento entre las bases de datos.	183
Tabla 41: Listado de Agencias presentes en Medline.....	184
Tabla 42: Listado de Agencias presentes en Embase.....	185
Tabla 43: Listado de Agencias presentes en ISI Web of Knowledge.....	186

Relación de Agencias con PÁGINAS WEB.

Tabla 30: Relación de Agencias de acuerdo a la actualización de las páginas web.....	164
Tabla 44: Relación de Agencias que ofrecen servicios RSS.....	188
Tabla 45: Relación de boletines/ newsletter de las Agencias de ETS.	189
Tabla 46: Presencia de las Agencias en las redes sociales	190

Clasificación de TIPOS DE PUBLICACIONES existentes en las bases de datos analizadas

Tabla 47: Congresos	231
Tabla 48: Artículos de opinión	232
Tabla 49: Artículos originales	213
Tabla 50: Guías.....	234
Tabla 51: Artículos de revisión.....	235

DISTRIBUCIÓN POR CONTINENTES Y PAÍSES

Distribución de AGENCIAS POR CONTINENTES Y PAÍSES

Ilustración 1: Distribución de Agencias por continentes.....	135
Ilustración 2: Distribución de Agencias por países.....	136

Distribución de PAÍSES DE ACUERDO AL TIPO DE USUARIOS

Ilustración 3: Información dirigida a autoridades sanitarias.....	138
Ilustración 4: Información dirigida a gestores y planificadores sanitarios.....	139
Ilustración 5: Información a profesionales sanitarios.	140
Ilustración 6: Información para ciudadanos y pacientes.	142

Distribución de PAÍSES DE ACUERDO AL TIPO DE DOCUMENTO

Ilustración 7: Distribución por países de IE.....	144
Ilustración 8: Distribución por países de CT.....	148
Ilustración 9: Distribución por países de FT.	151
Ilustración 10: Distribución por países de GPC.....	153
Ilustración 11: Distribución por países de documentos metodológicos.....	156
Ilustración 12: Distribución por países de información para pacientes.....	158
Ilustración 13: Tipos de artículos científicos publicados por Agencias.	168

Distribución de PAÍSES DE ACUERDO AL TIPO DE DOCUMENTO

Ilustración 14: Presencia de documentos de las Agencias en bases de datos bibliográficas.	178
Ilustración 15: Presencia de Agencias en la base de datos HTA.	180
Ilustración 16: Presencia de Agencias en la base de datos Cochrane Library.....	181

1.- INTRODUCCIÓN

1.1. ORIGEN Y EVOLUCIÓN

Tras la Segunda Guerra Mundial (1945) se abrió un período de desarrollo tecnológico sin precedentes en todos los ámbitos, y también en el sanitario. Estos avances se tradujeron, a su vez, en un incremento de la inversión en el campo de la atención sanitaria, hasta el punto de convertirse en una preocupación económica en la mayor parte de los países industrializados. Una de las vías de control presupuestario era evaluar la eficacia de las tecnologías antes de su adopción y uso, proceso que se llevaba a cabo a través de estudios que determinaban su eficacia e impacto socio-económico. Surgía así la Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETS) como respuesta a todos estos problemas.

El término “Evaluación de Tecnologías Sanitarias” (ETS) fue utilizado por primera vez en 1965 por Emilio Daddario, congresista de la Cámara de Representantes de Estados Unidos, durante las deliberaciones de la Comisión de Ciencia de dicha Cámara al afirmar que “el objetivo de la asistencia técnica es servir a la formulación de políticas a través de la Evaluación de Tecnologías Sanitarias” ⁽¹⁾.

Hubo que esperar unos años para la adopción de una primera ley de ETS; en 1972 el Congreso de Estados Unidos adoptaba una ley que preveía la creación de la primera Agencia especializada en ETS, la Office of Technology Assessment (OTA). La OTA nació con el fin de asesorar a los congresistas sobre las posibles consecuencias de la introducción y desarrollo de nuevas tecnologías ⁽²⁾. Fue precisamente este organismo el que acuñó en los años setenta la expresión “Evaluación de Tecnologías Sanitarias” (“Health Technology Assessment”) como la forma de investigación que examina las consecuencias clínicas, económicas y sociales derivadas del uso de la tecnología, a corto y medio plazo, así como los efectos directos e indirectos, deseados e indeseados ⁽³⁾.

La publicación de diferentes documentos de la OTA sobre la tecnología de la salud llevó a la creación, en 1981, del boletín “The Sorcerer’s Apprentice”; y aunque sólo se publicó hasta 1984, puede ser considerado como el primer esfuerzo en la difusión de los trabajos de ETS ⁽⁴⁾.

La OTA supuso, sin duda, un importante paso en la institucionalización de los procesos de ETS. El siguiente paso lo constituirán ya las Agencias nacionales. El primer organismo nacional fue el Consejo Sueco de Evaluación de Tecnologías en Salud, (SBU) en 1987. Poco después, otros países le siguieron (en particular Francia, y España). En la década de los noventa, otras Agencias se establecieron en Escocia, Dinamarca, Finlandia, Alemania, Noruega, Suiza, Austria y Hungría, Irlanda, Bélgica, Letonia, Polonia e Italia en este siglo.

Al mismo tiempo que surgían las primeras Agencias nacionales (mayoritariamente europeas), se producía un fenómeno de internacionalización. En 1985 se creó la Sociedad Internacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, la International Society of Technology Assessment in Health Care (ISTAHC) ⁽⁵⁾, que llevó a cabo diferentes iniciativas en torno a la metodología y difusión de la ETS. Tras 20 años en activo, esta sociedad desapareció, para ser sustituida por la Health Technology Assessment International (HTAi), una nueva sociedad internacional centrada específicamente en la ETS, que abarca instituciones académicas, sistemas de atención de salud e industria.

El esfuerzo de la ISTAHC se reconoció muy pronto, ese mismo año, 1985, con la creación de la primera Revista Internacional de Evaluación de Tecnologías en Salud, la “International Journal of Health Technology Assessment” (<http://journals.cambridge.org/action/displayJournal?jid=THC>). Esta revista se ha convertido, desde su creación hasta la actualidad como uno de los canales de comunicación más importantes en los resultados de ETS ⁽⁶⁾.

En 1993, fruto también de la colaboración entre Agencias, nace una Red Internacional de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, la International Net of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA) <http://www.inahta.org>, con el fin de adoptar métodos y procedimientos comunes.

Su origen se encuentra en una reunión organizada por la Agencia nacional francesa ANDEM como foro para identificar e impulsar proyectos de interés común entre las

Agencias de ETS. Las Agencias fundadoras de esta red fueron de Australia, Canadá, Francia, Países Bajos, España, Suecia, Suiza, el Reino Unido y los Estados Unidos.

Desde su creación, los recursos han sido siempre muy limitados, por lo que básicamente se ha mantenido con el apoyo de las cuotas de afiliación. La afiliación a esta red está abierta a organizaciones que operaba en programas de ETS asesorando a los gobiernos, y al menos el 50 % provienen de fuentes públicas ⁽⁷⁻⁹⁾.

A pesar de estas limitaciones económicas, la aparición de la INAHTA, ha supuesto un gran avance en el desarrollo de la ETS. La labor realizada por esta Red ha facilitado la adopción de métodos y procedimientos comunes de evaluación, ha evitado la duplicación de trabajo gracias a sistemas de intercambio de información y ha potenciado la difusión y el impacto de los resultados. En este sentido son numerosas las herramientas y documentos elaborados al respecto como: temas diversos como la elaboración de checklist, manuales de procedimiento, etc. En este sentido cabe destacar el desarrollo y mantenimiento de dos importantes herramientas para la difusión de los contenidos; el HTA Glossary ⁽¹⁰⁾ o la creación de la base de datos HTA.

1.2. DOCUMENTOS ELABORADOS EN LA EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS

SANITARIAS.

Las Agencias de ETS recogen los resultados de sus estudios en documentos. Estos documentos se fundamentan en la metodología de las Revisiones Sistemáticas (RS).

Las RS son trabajos que pretenden resumir toda la evidencia sobre un tema, con una metodología explícita, ordenada y reproducible, con el fin de limitar sesgos. Su origen se encuentra en los años ochenta con la aparición de la Medicina Basada en la Evidencia (MBE), entendida como el “uso consciente, explícito y juicioso de la mejor evidencia disponible para tomar decisiones” ⁽¹¹⁾. Durante los años noventa las RS adquirieron un mayor protagonismo, gracias a la aparición de la Colaboración Cochrane <http://www.cochrane.org/>, organización internacional y sin ánimo de lucro, que nace en 1993 con el objetivo de ofrecer información sobre los efectos de las intervenciones sanitarias a través de la elaboración de RS.

Los documentos de ETS, al igual que las RS, tratan de evaluar la efectividad de una tecnología sanitaria, mediante una metodología explícita, ordenada y reproducible. Ambas pertenecen al grupo de las actividades de las mejores prácticas en el sector de la salud. Este tipo de actividades se caracterizan por una forma sistemática y estructurada de responder a preguntas de evaluación y síntesis de la evidencia disponible. Sin embargo, dos son las características principales que lo distinguen de los anteriores documentos:

- Surgen con el objetivo de responder a solicitudes de terceros que precisan información no sólo sobre su efectividad, sino también sobre su posible aplicación en un contexto determinado. En consecuencia, su metodología debe ajustarse al tipo de pregunta planteada y al tiempo requerido para su respuesta. La formulación de conclusiones y recomendaciones aplicables a un ámbito local determinado es uno de los aspectos que diferencia los informes de ETS de las RS ^(3, 12).

- El público principal de la ETS está formado por los tomadores de decisiones a nivel político, mientras que en el caso de la MBE su principal objetivo es a nivel clínico.

De acuerdo al tipo de petición recibida y la clase de documento, se llevan a cabo diferentes informes ^(13, 14), que son los que se presentan a continuación:

1.2.1. Informes de Evaluación

Los Informes de Evaluación (IE)- HTA Reports, Technical Assessment Reports o Full Reports- son documentos en los que se evalúa una tecnología sanitaria mediante una RS de la literatura científica. Además de analizar su eficacia, efectividad, eficiencia o seguridad, se lleva a cabo una contextualización y valoración del impacto que pueda generar en el sistema sanitario ⁽¹⁵⁾.

La estructura de los IE varía de unas Agencias a otras. Dada la variabilidad existente, en los últimos años han sido publicados diferentes documentos en torno a la estructura más adecuada para este tipo de estudios ⁽¹⁶⁻²⁰⁾. Todos ellos inciden en la importancia de contemplar los siguientes puntos: (I) uso de la tecnología y el desarrollo, (II) seguridad, (III) la eficacia, (IV) la evaluación económica, y (v) los aspectos organizativos. Los aspectos legales, éticos y sociales están fuera del alcance de la guía.

Los usuarios a los que se dirigen son múltiples: gestores, profesionales sanitarios, y la industria sanitaria.

El tiempo de elaboración requerido de estos documentos varía, dependiendo de los procesos de la organización, la complejidad de las preguntas y el alcance de la evidencia disponible, aunque el tiempo estimado es de seis meses aproximadamente.

1.2.2. Consultas técnicas

Las Consultas técnicas (CT)- Rapid Reviews o Rapid Assessment -surgen ante una creciente demanda de información por parte de políticos, clínicos y consumidores. Las recomendaciones de estos informes se han convertido en una herramienta esencial en la toma de decisiones.

Son documentos en los que se evalúan aspectos concretos de una tecnología mediante la elaboración de RS. A diferencia de los anteriores, las CT están destinadas a responder consultas puntuales ⁽²¹⁾.

A nivel internacional, varias organizaciones producen en la actualidad CT en plazos que van desde una semana hasta varios meses.

Por lo que se refiere a la estructura, y aunque suelen incorporar las RS como un elemento clave ^(12, 20, 22), lo cierto es que, al igual que en el anterior caso, no está bien definida.

Los destinatarios a los que se dirigen abarcan todo el proceso de una tecnología: gestores sanitarios, para la toma de decisiones; profesionales sanitarios, para la incorporación y desarrollo de nuevas tecnologías, y finalmente la industria sanitaria, siempre atenta a la aceptación o rechazo de sus productos por el sistema sanitario correspondiente.

El tiempo requerido varía dependiendo de la metodología utilizada, el alcance de la pregunta y la audiencia, pero se estima que el tiempo medio de elaboración es de 6 semanas.

1.2.3. Fichas técnicas

La incorporación de las nuevas tecnologías supone una importante presión económica sobre los sistemas de salud, lo que hace necesario establecer prioridades en la planificación e inversión de servicios. Por esta razón, muchos sistemas sanitarios tienen

servicios de alerta temprana. El objetivo de estos sistemas es proporcionar a los responsables sanitarios información a tiempo sobre tecnologías sanitarias nuevas y emergentes, de modo que permite controlar y racionalizar la introducción y difusión de nuevas tecnologías en el sistema sanitario. Aunque los procedimientos varían según los contextos de los diferentes servicios de salud, los clientes, y la integración en la formulación de políticas, nos encontramos con que los pasos básicos de identificación, filtración y priorización y evaluación temprana son similares en todos ellos ⁽²³⁾.

Los documentos a través de los cuales se presentan estos resultados son lo que se denominan Fichas Técnicas (FT) ⁽²⁴⁾.

En la actualidad las FT son entendidas como documentos breves que resumen la evidencia científica más relevante sobre tecnologías emergentes, con el fin de servir de apoyo en la toma de decisiones y planificación presupuestaria oportuna, establecer líneas de priorización en la investigación, y dar a conocer las tecnologías en fase de promoción ^(25, 26).

Su estructura está muy consolidada desde el año 2000, a partir de la publicación de diferentes estudios realizados por las Agencias de ETS ^(24, 27).

Los usuarios a los que se dirigen son muy variados: gestores sanitarios, organismos reguladores, entidades financiadoras de investigación, aseguradoras, profesionales sanitarios, y la industria.

El tiempo de elaboración aproximado de este tipo de documentos es de 4 semanas.

1.2.4. Guías de Práctica Clínica

En los años setenta, los Institutos de Salud norteamericanos dieron por primera vez respuesta a la variabilidad existente en la práctica clínica a través de la elaboración de las

llamadas conferencias de consenso. Se trataban de documentos que recogían los acuerdos mayoritarios alcanzados por consenso de los profesionales sanitarios sobre una determinada materia. Resultaban ser documentos útiles porque permitían la toma de decisiones de forma rápida, sin embargo, dada la estructura y metodología, no se fundamentaban en la evidencia científica. Con la llegada de los años ochenta y el auge del movimiento de la MBE, estas conferencias fueron adquiriendo una organización más formal y configuraron las actuales Guías de Práctica Clínica (GPC).

En la actualidad son entendidas como un conjunto de recomendaciones desarrolladas de modo sistemático, con el objetivo de guiar a profesionales y pacientes en la toma de decisiones sobre las decisiones más adecuadas al abordar una condición clínica específica ⁽²⁸⁾.

La estructura de estos documentos es muy variable, dependiendo de los usuarios a los que vayan dirigidos. En realidad, las GPC pueden tener hasta 4 versiones en función del uso y los destinatarios ⁽²⁴⁾.

La versión completa de las GPC presenta todas las recomendaciones además de información sobre la metodología utilizada y la evidencia científica en la que se basa.

La versión resumida de la GPC presenta fundamentalmente, de forma breve, los capítulos clínicos y otras informaciones necesarias para el manejo del proceso. En los anexos se debe incluir los principales algoritmos diagnósticos y terapéuticos. Se deberán destacar las principales recomendaciones, que además servirán para la implementación de la guía.

La versión rápida está diseñada para la práctica clínica asistencial (consulta rápida). En ella se incluyen los principales algoritmos y recomendaciones, de modo que sea muy sencillo localizar y aplicar las respuestas a las dudas que puedan plantearse en el manejo clínico.

Existe una última versión, para pacientes, a través de la cual se pretende ofrecer información necesaria a pacientes, familiares y cuidadores, y de este modo, facilitar la toma de decisiones por su parte.

Todas estas versiones requieren importantes recursos económicos, una metodología rigurosa y tiempo de elaboración. Si bien las versiones anteriores (completa, resumida y rápida) se complementan entre sí, esta última versión (para pacientes) tiene un planteamiento diferente. Por esta razón, son contadas las instituciones que las elaboran.

Los usuarios pueden ser profesionales sanitarios, organizaciones de pacientes y ciudadanos.

El tiempo de elaboración aproximado de este tipo de documentos es de un año.

Tabla 1: Características de los productos elaborados por organizaciones de ETS.

	IE	CT	FT	GPC
Principales destinatarios	Gestores Profesionales sanitarios Industria sanitaria	Gestores Profesionales sanitarios Industria Sanitaria	Gestores Organismos reguladores Entidades financiadoras de investigación Profesionales sanitarios Industria sanitaria	Profesionales sanitarios Ciudadanos y pacientes
Extensión aproximada	100 páginas	25 páginas	6 páginas	variable
Tiempo elaboración aproximado	6 meses	6 semanas	4 semanas	1 año

IE: Informes de Evaluación

FT: Fichas Técnicas

CT: Consultas Técnicas

GPC: Guías de Práctica Clínica

1.3.- TRANSFERENCIA DEL CONOCIMIENTO CIENTÍFICO

La transmisión del conocimiento científico sanitario está condicionada por el desigual perfil de los destinatarios. Junto a gestores y políticos, que demandan información para la toma de decisiones y suelen acudir a informes institucionales, nos encontramos también con una creciente demanda social de información en salud, que tiene su reflejo en la aparición de espacios monográficos en los medios de comunicación (prensa escrita, web, televisión y radio). Por último, y no menos importante, sino todo lo contrario, están los profesionales sanitarios, que demandan una información muy especializada que se recoge en revistas científicas.

Este desigual perfil no solo condiciona el formato y profundidad de los estudios, sino incluso los propios contenidos. La presión mediática –que también alcanza a gestores y políticos- termina por priorizar temas de acuerdo a criterios no necesariamente científicos ⁽²⁹⁾.

La diferente toma en consideración –por parte de los investigadores- del perfil de los destinatarios nos permite distinguir diferentes niveles en el proceso de transferencia de conocimiento científico. El debate al que, durante tiempo, ha estado sujeta esta cuestión ^(30-36,37) se encuentra actualmente superado y es habitual distinguir tres niveles en el proceso de transferencia de conocimiento científico: difusión, diseminación, implementación.

El concepto de “transferencia del conocimiento” surge en la los noventa como un proceso en el que los productores de investigación hacen llegar a los usuarios una serie de mensajes elaborados. En los últimos años, la transferencia de conocimientos se ha convertido en algo más que una forma de comunicación, sino que pide una verdadera interacción entre los investigadores, tomadores de decisiones y otros interesados ⁽³³⁾.

La difusión, que es el término con el que coloquialmente se identifica la transferencia de conocimiento, en el ámbito científico encierra un significado más concreto; se refiere únicamente al proceso de hacer llegar los documentos a los usuarios. Es un proceso estanco, que no está vinculado ni a la elaboración de la información, ni a la relación con el destinatario de la misma. Es un proceso en el que no hay componente de planificación. Los actos para la realización de estas acciones son muy diversos; desde la simple distribución y envío de documentos a la participación en seminarios y talleres o la presentación de trabajos en congresos.

La diseminación, a diferencia de la difusión, supone un paso más en la transferencia del conocimiento. Este término engloba varios procesos, que se inician con la propia elaboración de la información y termina con la entrega de la misma al destinatario final. El proceso de hacer llegar la información al destinatario es tenido en cuenta en la etapa de elaboración de la información (condiciona el lenguaje empleado, formato...). Aquí si existe un componente de planificación.

La implementación supone un paso más: la comprobación de que los conocimientos transferidos se integren correctamente en los destinatarios (análisis de impacto de las investigaciones). Esto implica la participación no sólo de los investigadores, sino también de los destinatarios.

1.4.- LA TRANSFERENCIA DEL CONOCIMIENTO EN ETS

La eficacia de la transferencia de conocimiento en ETS ha sido cuestionada desde los años noventa ^(15,33, 38,39). La falta de visibilidad de los documentos, el uso de canales de difusión inadecuados, la posición pasiva de las Agencias de Evaluación, o incluso la ausencia de actividades que evalúen el impacto de sus documentos, han sido algunas de las críticas recibidas:

- Debido a la especial estructura y carácter de sus documentos, éstos no suelen publicarse en revistas científicas y, en consecuencia, no están recogidos en las bases de datos tradicionales, por lo que su visibilidad es reducida ⁽³⁹⁾.
- Los canales de diseminación actuales se centran en la publicación web de las páginas de las propias Agencias, el mailing electrónico no personalizado y la publicación en revistas científicas, pero por lo general resultan ineficaces porque están pensados para un destinatario tan genérico que al final no responde a ningún perfil ⁽¹⁵⁾.
- La escasa participación de los actores implicados (gestores, profesionales o ciudadanos) en el proceso de elaboración de la información es otro de los problemas a los que se enfrenta la ETS: El hecho de que los clínicos no formen parte del grupo de trabajo de estos documentos reduce su aceptación en el ámbito asistencial; mientras la industria reclama tener derecho a apelar el resultado en caso de que sea incompleto o desfavorable.
- Los estudios sobre la repercusión que la labor de las Agencias tiene en la toma de decisiones a diferentes niveles, se limita en la mayoría de los casos a estudios sobre el impacto en la toma de decisiones a nivel administrativo y político, a través de encuestas y auditorías ^(21,40, 41), pero son raras las ocasiones en que se evalúa el impacto en el ámbito asistencial e investigador, como comentaremos más adelante al analizar el estudio de Drummond ⁽⁴²⁾. Esta situación resulta paradójica si tenemos en cuenta que la

actividad de estas Agencias es, precisamente, de evaluación (evaluar el impacto de las tecnologías).

De los problemas planteados, el de la visibilidad ha sido tratado desde finales de los noventa con la creación de bases de datos especializadas en este tipo de documentos:

- Por lo que se refiere a IE y CT contamos con la base de datos Health Technology Assessment (HTA), <http://www.crd.york.ac.uk/crdweb/> creada por el Centre for Reviews and Dissemination (Reino Unido) en 1998 y que en la actualidad es mantenida en colaboración con la secretaría de la INAHTA. Contiene resúmenes de IE, información de proyectos en curso y otras publicaciones realizadas por organizaciones de ETS. Su consulta es gratuita ⁽⁴³⁾.
- En el caso de las FT, una de las bases de datos más destacadas es la generada por la red Euroscan (International Information Network on New and Emerging Health Technologies) (<http://www.euroscan.org.uk>). Nace en los años noventa como una red de intercambio de información sobre tecnologías emergentes entre Agencias de ETS y en junio de 2001 crea ya una base de datos donde pone a disposición las FT de las diferentes Agencias. Su acceso, sin embargo, está restringido a los miembros de EuroScan.
- Por último, las GPC también cuentan con bases de datos específicas. Las GPC no son documentos elaborados tradicionalmente por Agencias, sino por sociedades científicas, y otras organizaciones de ámbito científico, que no solían extender la publicación de las GPC más allá de sus páginas web. Pero desde los años noventa se han ido creando una serie de bases de datos que las recogen ⁽⁴⁴⁾. Algunas se limitan a las GPC nacionales; este es el caso, entre otras, de GuíaSalud (<https://www.guiasalud.es>), directorio que recopila guías españolas, o la creada por la Canadian Medical Association Infobase (http://www.cma.ca/index.php/ci_id/54316/la_id/1.htm), con acceso a guías de Canadá, la NeLH – National electronic Library for Health (<http://www.nelm.nhs.uk/en/>), recopilación de guías clínicas realizadas en el Reino Unido. En otras, las menos, la recopilación no tiene límites nacionales; este es el caso, por ejemplo, de la

norteamericana National Guideline Clearinghouse (NGC) (<http://guideline.gov>), que recoge GPC que cumplen unos criterios de calidad mínimos, con independencia del país de procedencia.

Si bien estas bases de datos no siempre han dado el resultado esperado por lo que se refiere a la visibilidad, además, han quedado por resolver los otros puntos: falta de adecuación de los documentos a los destinatarios, la escasa participación de los actores implicados, y la evaluación del impacto de los documentos.

Desde los años 90 han aparecido diferentes estudios que han analizado las limitaciones que padecen las Agencias por lo que se refiere a sus estrategias de difusión y diseminación. En su mayor parte, estos estudios analizan la metodología empleada, la tipología de usuarios y las técnicas de diseminación empleadas. En unos casos desde una perspectiva internacional, y en otro nacional, pero los resultados en todos ellos han sido muy similares. Destacan los estudios realizados por autores e instituciones. Autores como Perry ⁽⁴⁵⁾, Granados ⁽³⁰⁾, Drummond ⁽⁴²⁾, Banta ⁽⁴⁶⁾, Lehoux ^{(47) (48)}, Battista ⁽⁴⁹⁾, Martelli ⁽⁵⁰⁾, Turner ⁽¹⁸⁾, Chase ⁽⁵¹⁾, Neikter ⁽⁵²⁾, Nielsen ⁽⁵³⁾, Moharra ⁽⁵⁴⁾ y Arellano ⁽⁵⁵⁾. E instituciones como la Agencia sueca SBU ⁽⁵⁶⁾, la Agencia gallega Avalia-t ^{(57) (58)} y la Agencia Catalana CAHTA ⁽⁵⁹⁾. Detrás de buena parte de estos estudios está el empeño de importantes instituciones, como la Comisión Europea, entidad financiadora de los estudios de Granados ⁽³⁰⁾, Banta ⁽⁴⁶⁾, la Agencia sueca ⁽⁵⁶⁾, Turner ⁽¹⁸⁾, Chase ⁽⁵¹⁾, Neikter ⁽⁵²⁾, Nielsen ⁽⁵³⁾ y Moharra ⁽⁵⁴⁾; la Fundación para la Ciencia de Estados Unidos y México, en el caso del estudio de Perry ⁽⁴⁵⁾; el Ministerio español de Sanidad y Consumo, entidad financiadora de uno de los estudios de la Agencia catalana ⁽⁵⁹⁾, y del estudio de la Agencia gallega ^{(57) (58)}; o el Ministerio de Sanidad italiano, financiador del estudio de Martelli ⁽⁵⁰⁾.

Procedemos, a continuación, a exponer los principales resultados de dichos estudios. Seguiremos un orden cronológico.

Empezamos por el primer estudio realizado por **Perry** en 1997 ⁽⁴⁵⁾. Este trabajo tiene un alcance internacional por cuanto se analizaron un total de 103 organizaciones de 24 países; fundamentalmente Europa (15 de los 24 estados): Noruega, Suiza, Hungría y 11 de

los entonces 15 estados de la (en adelante, UE), (todos menos Luxemburgo, Portugal y Austria); pero también países destacados de los demás continentes: América (Canadá, Estados Unidos, Uruguay), África (Sudáfrica), Asia (China, Japón, Israel y Turquía) y Oceanía (Australia y Nueva Zelanda).

El estudio fue realizado a finales de los noventa, y en estos años Internet no tenía todavía la repercusión, como herramienta de difusión, que ha alcanzado en la actualidad. Por esta razón, en este estudio se indicaba que las técnicas de diseminación empleadas se reducían a los informes impresos, seguido de artículos con revisión por pares. Las recomendaciones de Perry se centraban en la creación de un repositorio internacional donde tuviesen cabida todos los documentos realizados por las Agencias; de este modo se potenciaba un mayor flujo de información y se creaba un punto de acceso a los usuarios interesados en este tipo de documentos. Recordemos cómo un año después, en 1998, es cuando se crea precisamente la base de datos HTA, que es actualmente la base de datos de referencia en el campo de las ETS.

Pasamos al estudio realizado por **Granados** ⁽³⁰⁾, enmarcado en el programa “Eur-Assess Project” (1994- 1997) ⁽⁶⁰⁾. Este proyecto se estructuraba en tres grupos, el tercero de los cuales se centraba en la diseminación e impacto de la ETS, “Eur-Assess Project Subgroup on Dissemination and Impact”. En él se recogían los resultados de 18 organizaciones pertenecientes a la INAHTA (12 en Europa, cuatro en Estados Unidos, y dos en Australia). La principal conclusión a la que llegó el autor es que, si bien los usuarios y la tipología de informes estaban claramente definidos, en cambio las estrategias de diseminación eran muy limitadas. En la mayoría de las ocasiones estaban centrados en gestores sanitarios y se orientaban a la difusión a través del mailing masivo, siendo escasas las publicaciones en revistas científicas y las presentaciones a congresos. Además, en el momento de elaboración del estudio eran anecdóticas las ocasiones en que se evaluaba el impacto que tenía la labor de las Agencias.

Granados consideraba que la difusión de cualquier documento debía contener al menos seis elementos para que fuese exitoso: identificación de usuarios, adaptación a los

usuarios, implicación de estos en el proceso, contextualización, seguimiento de estudios similares, y evaluación ⁽³⁰⁾:

- a. La identificación de los usuarios a los que se quiera dirigir la información debe ser el primer paso para una adecuada diseminación. La autora proponía una clasificación en tres grandes grupos: principal, intermedio, otros. El grupo “principal”, verdadero grupo diana de la información, estaría compuesto por: gestores, profesionales sanitarios, y público. El grupo “intermedio” estaría formado por los medios de comunicación, por cuanto son los intermediarios entre autores y destinatarios de la información. El grupo “otros” estaría integrado por agentes auxiliares; principalmente: educadores (transmisores de la información y responsables de su comprensión); investigadores (generadores de nuevo conocimiento); y documentalistas (localizadores y facilitadores de la información).
- b. La adaptación a los usuarios es fundamental, y el informe concluía que, para que los documentos de evaluación de las Agencias llegasen a los usuarios, deberían de transmitirse por los canales de información adecuados: en el caso de los gestores, por medio de newsletter y resúmenes ejecutivos; para los profesionales sanitarios, congresos y revistas científicas con revisión por pares; y para los ciudadanos, guías específicas y medios de comunicación.
- c. Incrementar la coordinación con grupos de interés. Para una completa diseminación e implementación de los resultados es fundamental que los grupos de interés (gestores, profesionales sanitarios, industria...) formen parte del proceso de elaboración de estos estudios.
- d. La realidad existente en cada estudio, esto es, el contexto (político, geográfico, social) en el que el estudio se difunde, debe ser tomado en consideración. La autora advierte que este contexto debería ser analizado con el fin de poder conocer las barreras y limitaciones para su implementación. A nuestro juicio, también con el fin de conocer los agentes facilitadores de la implantación.

- e. El seguimiento de estudios similares. Es importante conocer si existen otros mensajes similares de otras fuentes, como los elaborados por la industria sanitaria, otras organizaciones profesionales, organismos gubernamentales. La autora insiste en que todos estos mensajes deberían ser incluidos en los estudios realizados por las Agencias.
- f. Por último, la conveniencia de realizar evaluaciones completas sobre el impacto de estos documentos entre los usuarios. En este sentido, Granados considera que no sólo deben centrarse en los gestores, sino también en todos los destinatarios (gestores, profesionales sanitarios, público).

Unos años más tarde **Drummond** (2000) ⁽⁴²⁾, realizó una revisión bibliográfica con el fin de identificar las principales barreras para la implementación de resultados, y de analizar los mecanismos que influyen en la difusión en ETS. A diferencia del estudio de Granados, Drummond reduce los usuarios a dos grupos básicos: gestores y profesionales sanitarios. De acuerdo a esta clasificación, analizaba las necesidades y barreras de cada uno de estos grupos. Las necesidades de información de cada grupo son sustancialmente diferentes porque cada uno tiene sus propias dinámicas de trabajo, sus lenguajes técnicos y sus vías de comunicación propias. Las principales limitaciones detectadas fueron la falta de tiempo y el entorno de la actividad clínica. Para las autoridades era la falta de tiempo; las decisiones sanitarias deben ser tomadas en un corto espacio de tiempo, mientras que la elaboración de documentos de ETS es de larga duración. Para los profesionales sanitarios, en cambio, el principal desafío se lo planteaba el propio entorno de la actividad clínica (la carga de trabajo; las expectativas del paciente; o el incremento de acciones legales, que ha creado en algunos casos una práctica médica defensiva).

Drummond pone de manifiesto, además, la gran paradoja que supone el hecho de que las ETS evalúen la efectividad de las tecnologías sanitarias y, sin embargo, ellas mismas carezcan de estrategias para evaluar su propia efectividad. Si no les corresponde a ellas (porque entre sus funciones no está la implantación de sus estudios, y quizá hay buenas razones para que sea así), habrá que determinar a quién le corresponde. El hecho de no

concretar funciones y responsabilidades puede dar lugar a un vacío de la toma de decisiones.

En definitiva, la difusión y diseminación de resultados forma parte también del proceso de elaboración de un documento. En consecuencia, el autor señala la necesidad de tener en cuenta las estrategias de difusión y diseminación de resultados a la hora de presupuestar el estudio. Si son un capítulo más de la elaboración, también deben ser tenidos en cuenta en la programación de gastos.

El siguiente estudio es el realizado por **Banta** (2000) en el marco del proyecto “HTA Europe Project” (1997-1999) ⁽⁴⁶⁾ con el propósito de promover la cooperación entre países europeos en materia de ETS y analizar la situación de las Agencias europeas en ese momento. A tal fin, se analizaron los casos de los entonces 15 países de la UE, además de Suiza. En este estudio se exploraban más a fondo los mismos objetivos que en el proyecto anterior, y se acababa recomendando el establecimiento de algún mecanismo de coordinación de ETS.

Poco después, en el año 2002, se lleva a cabo un nuevo estudio en el marco del proyecto ECHTA/ECAHI (European Collaboration for Health Technology Assessment) (1999-2001) ⁽⁵⁶⁾. Este proyecto fue liderado por la **Swedish Council on Technology Assessment in Health Care**, Agencia sueca de ETS, y en ella participaron los entonces 15 estados miembros de la UE y otros 6 estados (Chipre, Lituania, Noruega, Polonia, Suiza y Hungría). El objetivo de este estudio era aunar esfuerzos en la priorización, formación continua y diseminación de la información. Se crearon seis grupos de trabajo para ello, de los cuales cuatro están relacionados con el objeto de nuestro estudio: el grupo liderado por Banta ⁽⁶¹⁾; el grupo liderado por Douw ⁽⁶²⁾; el grupo liderado por Borlum-Kristensen ⁽⁶³⁾; y el grupo liderado por Busse ⁽²⁰⁾.

El resultado de este proyecto determinaba que hasta la fecha existían algunas guías metodológicas para la elaboración y presentación de documentos, pero en cambio pocas eran las Agencias que seguían estas pautas. En consecuencia, no existía una sistematización ni en la elaboración ni en la difusión de resultados. Entre los aspectos

metodológicos, se hace especial hincapié en la necesidad de un adecuado resumen. Sin embargo el resumen ejecutivo estaba pensado para los gestores y autoridades sanitarias, pero no para otros públicos como profesionales sanitarios, entre otros.

Asimismo, y según las conclusiones del estudio, los resultados se publicaban a través de informes técnicos y otras fuentes no incluidas en bases de datos. Sólo en raras ocasiones los resultados eran publicados en revistas científicas. La localización de los documentos se podía llevar a cabo a través de la base de datos HTA, herramienta muy valiosa, por cuanto era la única base de datos que recogía este tipo de documentos. En este sentido se consideraba un punto de referencia para la coordinación e intercambio de información en ETS. El estudio, sin embargo, revelaba que la base de datos HTA tenía una baja frecuencia de actualización, falta de información detallada sobre el diseño del estudio, ausencia de enlaces a las páginas web de los organismos y no siempre proporcionaba resumen en inglés ⁽⁶¹⁾.

Para la mejora de la diseminación, además de insistir en conclusiones ya mencionadas por estudios anteriores, este proyecto propone tres nuevas recomendaciones:

- a. Desarrollo metodológico a través de herramientas y procedimientos estándar para la realización y presentación de estos documentos. Recordemos que este estudio advertía que el resumen ejecutivo estaba pensado para los gestores y autoridades sanitarias, pero no para otros públicos. Como respuesta a esta carencia, se propone la elaboración de un "resumen científico" que permita a esos otros perfiles profesionales evaluar el interés y/o fiabilidad de estos documentos ⁽²⁰⁾. A nuestro juicio se trataba de una buena propuesta que, lamentablemente, no se ha llevado a cabo.
- b. Incluir a líderes de opinión. Si bien Granados ⁽³⁰⁾ ya mencionaba la importancia de involucrar a los destinatarios en el proceso de elaboración, los autores de este proyecto consideraban que esto era insuficiente. Ellos entienden que para una exitosa implementación de resultados, era importante contar también con la participación de líderes de opinión, entendiendo por tales los profesionales que, debido a su

especialización en un campo determinado, tienen influencia sobre el colectivo. En este sentido, querríamos destacar que, si bien en la actualidad no hay una política formal en este sentido, sí es práctica habitual de las Agencias contar con líderes de opinión en calidad de revisores externos.

- c. Desarrollar y coordinar redes de formación, para la consolidación de las ETS ⁽⁶²⁾ ⁽⁶³⁾. Se trataría de redes de formación en todos los ámbitos de las ETS, desde la difusión de la tecnología a la formulación de políticas. Incluso se planteaba la creación de un Máster en ETS a nivel internacional. El objetivo de todo esto era no solo el de formar profesionales especializados en ETS, sino también concienciar a los actores implicados (gestores, profesionales sanitarios, etc) sobre la importancia de las ETS. En nuestra opinión, se trataba de una recomendación importante que, sin embargo, y como comentaremos más adelante, por el momento no parece haberse llevado a cabo.

En 2004 y 2005 **Lehoux** ⁽⁴⁷⁾ ⁽⁴⁸⁾ realizó nuevos estudios, esta vez circunscritos al ámbito canadiense, y financiados por el Canadian Institute of Health Research. Tres son las cuestiones a destacar de este estudio:

- a. En primer lugar, los destinatarios reales. Según este estudio, a pesar de las clasificaciones de usuarios manejadas por la doctrina, los documentos de ETS con frecuencia se dirigían únicamente a responsables políticos y gestores. Como veremos a continuación, esto afectaba negativamente los resultados de los métodos de difusión activos.
- b. En segundo lugar, las estrategias de difusión empleadas. El autor denuncia la ausencia de un procedimiento sistemático; mientras algunos informes –los menos- se difundían a través de estrategias de difusión activas, otros –la mayoría- eran difundidos a través de herramientas pasivas. Pero, además, el autor denuncia también que ninguno de ellos, ni el activo ni el pasivo, resultaba eficaz. Los métodos de difusión pasivos (publicación de informes en formatos pdf, envío de informes de modo electrónico, y mailing a los agentes interesados que se encontraron al elaborar el informe) no implicaban la interacción con el usuario final. Por su parte, las estrategias de difusión

activas (debates y reuniones –face to face- con los tomadores de decisiones a distintos niveles) no resultaban eficaces en la medida en que, como señalamos en el punto anterior, los destinatarios reales no estaban bien definidos.

Asimismo, y como ya se había apuntado en el estudio anterior, Lehoux subraya la importancia de la formación académica. Pero además, y esto resulta novedoso, advierte que la dependencia institucional de las Agencias debería ser también un factor determinante en las estrategias de difusión empleadas.

- c. En tercer lugar, la evaluación del impacto de los documentos. Si bien Granados ⁽³⁰⁾ fue la primera en valorar la importancia de este factor, Lehoux profundiza en él. Frente a la evaluación a través de cuestionarios, que el autor no rechaza, también propone otra serie de herramientas de evaluación como la monitorización sistemática de las páginas web, que permite conocer el perfil de los destinatarios y lo que los usuarios estaban buscando.

En 2006 **Battista** ⁽⁴⁹⁾ elaboró una revisión de la bibliografía existente hasta el momento. Según el autor, a pesar de las recomendaciones establecidas hasta la fecha, las Agencias seguían trabajando con un modelo de difusión simple, que consistía en la publicación de documentos a través de las páginas Web, pero sin tener en cuenta los diferentes contextos en los que se mueven los destinatarios potenciales (político, de gestión o clínico). El autor establecía una serie de nuevas pautas o recomendaciones:

- a. Nueva clasificación. Rompiendo con la clasificación seguida en los estudios existentes, Battista establecía la siguiente clasificación de destinatarios: macro (constituida por gestores sanitarios); meso (formada por las instituciones); y micro (en el que se incluían tanto a los profesionales sanitarios como a los pacientes). Aun admitiendo lo que de positivo tienen casi todos los nuevos planteamientos, y este también, lo cierto es que la clasificación de Battista apenas ha tenido repercusión práctica.

- b. Canales de comunicación. Para llegar a cada uno de estos grupos de destinatarios era importante conocer los canales de comunicación que empleaban. El autor identifica como principales canales los siguientes: en el nivel macro, los foros de intercambio y redes de conocimiento; en el nivel meso, los centros académicos e institucionales son necesarios para aumentar la captación de los resultados de la ETS en la toma de decisiones institucionales. En opinión del autor, el principal problema se encuentra en el nivel micro. La aparición de internet ha creado una cierta paridad de la información entre profesionales y pacientes. Es en este contexto donde se hace necesaria la ruptura de esfuerzos de difusión pasiva para cambiar el comportamiento del profesional sanitario

- c. Evaluación de las Agencias. Al igual que otros autores, Battista destaca la necesidad de centrarse en la evaluación de las propias Agencias. Recordemos cómo ya Lehoux advertía que la dependencia institucional de las Agencias era un factor determinante en una adecuada diseminación; Battista lo completa en el sentido de tener en cuenta el contexto (cultural, político...) de las Agencias.

En 2007 podemos encontrar un nuevo estudio, realizado por **Martelli** ⁽⁵⁰⁾. En el participaban 30 Agencias de 14 países; 11 europeas (Austria, España, Suecia, Dinamarca, Finlandia, Holanda, Hungría, Escocia, Reino Unido, Noruega, Suiza), además de Australia, Canadá y Estados Unidos. De acuerdo con los resultados obtenidos, las habituales formas de difusión de resultados eran por medio de informe en papel (91,7%), seguido por los sitios web (16,7%) y seminarios de expertos en los ámbitos relacionados (12,5%). Martelli no establecía ninguna recomendación específica diferente a las ya planteadas anteriormente.

En 2008 la Agencia gallega de evaluación **Avalia-t** ⁽⁵⁷⁾, llevó a cabo una revisión que englobaba a las entonces 45 Agencias de la INAHTA, procedentes de 21 países; 14 países europeos, además de cinco estados americanos (Estados Unidos, Canadá, Argentina, Brasil, México), Australia e Israel. Este estudio actualiza y amplía -en países y temas- el estudio sobre las estrategias de diseminación de las Agencias de ETS. Los resultados a los que llega es que la diseminación de resultados se realizaba a través de las páginas web

(97,7%), la publicación en revistas científicas (48,38%) y en comunicaciones a congresos (32,25%). La conclusión a la que se llega es que las herramientas empleadas eran suficientes, pero las Agencias no contaban con estrategias planificadas de difusión, tal y como ya habían advertido otros autores. Además, la visibilidad de estas publicaciones se concretaba en su presencia en bases de datos especializadas en ETS, pero no sucedía lo mismo en las bases de datos de ámbito clínico o investigador. Esto reflejaba que la información iba dirigida fundamentalmente a un público muy especializado, pero no a los clínicos.

Avalia-t formulaba una serie de recomendaciones, que venían a apoyar las tesis planteadas hasta el momento, además de aportar otros puntos de igual interés:

- a. Elaboración sistemática de diferentes versiones de un mismo documento, adaptadas a la audiencia a la que se dirigen. Para ello sería necesario la elaboración de guías metodológicas. Como desarrollaremos más adelante, no tenemos constancia de que desde la publicación de este estudio se hayan elaborado documentos metodológicos que permitan normalizar entre Agencias las diferentes versiones de un mismo documento.
- b. Versiones en inglés. Con objeto de mejorar la visibilidad e impacto en la comunidad científica internacional, siempre que sea factible, deberían facilitarse versiones en inglés de todos los documentos, o por lo menos de sus versiones resumidas.

El 2009 se publican los resultados del último de los proyectos financiados por la Comisión Europea, "THE EUnetHTA PROJECT" (2006-2008), realizado con el objetivo de reducir la duplicación de esfuerzos y promover el uso eficaz de los recursos. Este proyecto fue uno de los más ambiciosos emprendidos hasta el momento, por cuanto se trataba de desarrollar herramientas prácticas que aumentaran la influencia de la ETS en la toma de decisiones y fortaleciesen el vínculo entre la ETS y la política de salud en la UE. Ocho fueron los grupos de trabajo que se establecieron para desarrollar este trabajo; nos detendremos en cinco: Turner⁽¹⁸⁾, Chase⁽⁵¹⁾, Neikter⁽⁵²⁾, Nielsen⁽⁵³⁾ y Moharra⁽⁵⁴⁾.

Destaca el estudio realizado por **Turner** en 2009 ⁽¹⁸⁾. El objetivo de este estudio fue el de examinar la posible necesidad de adaptación de los informes de ETS. Todo ello quedó plasmado en la elaboración de dos importantes productos: El primero fue la elaboración de un kit que permitiese evaluar si los datos e información existentes en los informes de ETS deberían y podrían ser adaptados para su propio entorno ⁽¹⁹⁾. El segundo producto era un glosario de términos para la unificación terminológica en el ámbito de la ETS ⁽⁵¹⁾. Debemos recordar que si bien ya existía un glosario de términos, creado en 2006 por la INAHTA ⁽¹⁰⁾, el nuevo documento contaba con la participación de todas las Agencias.

Otro de los estudios desarrollados en este proyecto fue el liderado por **Neikter** ⁽⁵²⁾. Su objetivo era mejorar las relaciones con los diferentes sistemas sanitarios (gestores sanitarios y decisores políticos, profesionales sanitarios y ciudadanos). Se establecieron una serie de pautas para la mejora de la disseminación:

- a. Planificar la presentación de la información en diferentes formatos y / o idiomas que puedan ser interpretados correctamente por los diferentes tipos de público.
- b. Seleccionar los canales más adecuados. Son muchos los posibles canales a utilizar, y es conveniente llevar a cabo un análisis de la efectividad y el contexto de cada uno de ellos. El autor destaca aspectos relevantes a tener en cuenta tales como: el público objetivo, los resultados alcanzados, los medios de comunicación, las opiniones de liderazgo, y los diferentes puntos de vista de los interesados.
- c. Simultanear las posibilidades de difusión y de visibilidad a través de las herramientas entonces disponibles: internet, notas de prensa, revistas científicas y comunicación face to face. Por lo que se refiere a internet, el autor aconseja explorar todas las opciones que ofrece, y además señala el hecho de que la red permitía por primera vez crear novedosos e interesantes servicios de información y difusión (alertas de correo electrónico, newsletters electrónicos, anuncios del portal etc). Otra herramienta destacada por el autor

son las notas de prensa o el contacto personal con periodistas (de ámbito tanto científico o general), que entiende que deberían ser un elemento fuerte a potenciar. En el ámbito científico, la publicación de resultados en revistas de revisión por pares es otra estrategia para reforzar el prestigio de las organizaciones. En este sentido, publicar en revistas de acceso abierto o gratuito aumenta la visibilidad. Por último, se enfatizaba sobre la necesidad de comunicaciones directas –face to face- en el ámbito científico (presentación de comunicaciones en reuniones y congresos).

El grupo liderado por **Nielsen** ⁽⁵³⁾ trabajó sobre un punto ya destacado anteriormente por la Agencia sueca, pero todavía no estudiado: la participación de líderes de opinión. De todas formas, Nielsen tampoco formula propuestas o recomendaciones directas.

Por otra parte, **Moharra** ⁽⁵⁴⁾ llevó a cabo un estudio sobre la organización de las Agencias de ETS. En este estudio valoraba entre otros elementos, la dependencia funcional, los recursos humanos de estas instituciones, las audiencias a las que se dirigía y las estrategias de difusión más comúnmente empleadas.

.- Audiencias diana. La autora plantea una nueva clasificación de usuarios, estableciendo hasta 14 variables (proveedores de servicios sanitarios públicos, gestores, profesionales sanitarios (compuestos por médicos), asociaciones profesionales, otros profesionales sanitarios, investigadores, seguros de asistencia obligatorios, industria sanitaria, grupos de pacientes, proveedores de servicios sanitarios privados, medios de comunicación, público general, seguros médicos privados, y asociaciones de consumidores. Los destinatarios principales de estas Agencias eran los proveedores de servicios sanitarios públicos (82,5%), los gestores (77,5%) y los médicos (77.5%).

.- Tipología documental: Las principales líneas de actividad de las organizaciones fueron los documentos de ETS (80,5%), seguido de la realización de algún tipo de investigación (63,4%) y guías de práctica clínica (36,6%).

- Estrategias de difusión: La autora consideró, a diferencia de estudios anteriores, que la mayoría de las Agencias sí cuentan con un procedimiento específico para distribuir sus productos; siendo la página web (92%), las actividades académicas (participación en y organización de dichas actividades) (84%) y los documentos en papel y electrónico (79%) las principales vías de distribución, tal y como ya habían establecido otros estudios ⁽⁴⁸⁾. Los procedimientos de diseminación se especificaban mediante la elaboración de estrategias, dando mayor información a los responsables de la diseminación. Como medios de comunicación y otros grupos responsables. En todo caso la autora consideraba que para un mayor impacto necesario realizar mayores esfuerzos en el diseño de estrategias de difusión. No se llevaba a cabo sin embargo una propuesta para la mejora de estas estrategias.

El primer y único estudio que hemos localizado sobre la ETS en América Latina data del año 2009. Si bien este estudio, elaborado por **Arellano** ⁽⁵⁵⁾, no aborda la cuestión de la difusión en ETS, nos parece digno de mención porque trata tanto los públicos a los que se dirige la información como la tipología documental. Por lo que se refiere a la primera cuestión, este estudio advierte que, aunque las Agencias declaran dirigirse a todos los usuarios, en realidad se dirigen casi de modo exclusivo a los responsables del control de los recursos económicos: Pagadores a terceros (55%) y autoridades públicas (41%). El estudio destaca además –sin señalar si es causa o consecuencia- que el sector privado suele poseer sus propias unidades internas de ETS. Y por lo que se refiere a cuestión de la tipología documental, el autor señala que, como consecuencia del perfil de destinatario de las Agencias, éstas se centran básicamente en la elaboración de CT (82%) en lugar de IE (1%), ya que los IE resultan demasiado largos, o poco manejables para los tomadores de decisiones.

Los últimos estudios los situamos en los años 2010 y 2012 de la mano de dos Agencias españolas, la catalana y la gallega.

El estudio de la **Agencia catalana de ETS** ^(30,59) presenta, frente a los anteriores, importante novedades: su ámbito territorial, limitado a España; y el objeto de estudio, que es la

evaluación del impacto en términos de producción científica y la consiguiente visibilidad que las Agencias tienen para las audiencias. El estudio concluía que las Agencias difunden sus resultados principalmente en dos formatos: monografías (52,8%), que suelen publicarse en español y son fácilmente accesibles (generalmente en webs de las propias Agencias) pero que apenas son referenciados por otros documentos; y artículos en revistas científicas con factor de impacto medio-alto y redactados también, en su mayor parte, en español (47,6%).

Los autores proponen las siguientes acciones para incrementar la visibilidad de los documentos de ETS:

- Planificar cuidadosamente la difusión y diseminación de los resultados, teniendo en cuenta la segmentación de públicos. Para ello consideran necesario profundizar en el conocimiento de sus necesidades.
- Incrementar la participación de los profesionales de todos los niveles para favorecer, con su implicación, la aceptación de los productos.
- Explorar nuevos formatos de difusión como, por ejemplo, resúmenes ejecutivos de varias páginas que puedan ser traducidos más fácilmente al inglés y que vayan más allá de los actuales resúmenes. Asimismo consideran de interés explorar todas las posibilidades de comunicación que ofrece la web social y otros formatos (podcasts, video, infográficos, redes sociales, microblogging, etc.).
- Sistematizar estudios de análisis del impacto de sus productos y su influencia en la toma de decisiones, y comprobar las consecuencias de las medidas correctoras implementadas.

La diseminación de ETS ha sido un tema estudiado de modo continuo a lo largo de 16 años (1994-2010), y casi con total probabilidad seguirán realizándose en el futuro. Pero a pesar de los esfuerzos realizados durante estos años para detectar las barreras y limitaciones y

para proponer nuevos métodos para mejorar la diseminación, consideramos que por el momento la mayoría de las propuestas no parecen haberse llevado a la práctica.

Finalmente, en el año 2012 encontramos el último estudio, realizado por la Agencia gallega **Avalia-t** ⁽⁵⁸⁾, actualización del realizado en el año 2008. El objetivo de este estudio se centraba en conocer las políticas para la difusión de productos de ETS de las Agencias españolas e internacionales, a través de una metodología mixta; revisión bibliográfica, envío de un cuestionario (sólo a las Agencias nacionales) y revisión de sitios webs (Agencias internacionales).

Las conclusiones aparecen presentadas en dos grupos diferenciados; ámbito nacional e internacional.

En lo que se refiere a la tipología documental, el documento más común es el IE (98% en el ámbito nacional y 100% en el internacional), seguido de CT (100% y 47% respectivamente), FT (50% en España y 36% a nivel internacional) y las GPC (87,5% y 24%). Con respecto a las Audiencias diana todas las Agencias dirigen documentos a entornos legislativo, administrativo y clínico. En España, el 62,5% de las Agencias se dirigen a ciudadanos y el 25% a la industria. Las actividades de diseminación se analizaron de acuerdo a la presencia y actualización de la página web (todas mantienen actualizada su página), boletín de novedades (50% de las Agencias) y herramientas de la web 2.0 (el 37,5% utiliza ocasionalmente estas herramientas).

En consecuencia, los autores consideran que las estrategias de diseminación propuestas en anteriores experiencias no han sido implementadas. Los autores proponen nuevas medidas, esta vez centradas en un ámbito nacional.

- a. Respecto a las versiones de los documentos, se propone crear de manera sistemática una versión breve de estos documentos, En los IE y CT, con el fin de llegar a investigadores, se propone una versión adicional con estructura de artículo científico. Respecto a los formatos, se recomienda la publicación de la producción ETS en soporte electrónico PDF navegable, así como la adecuación del soporte a las diferentes versiones: e-book, soportes para dispositivos móviles, etc.

- b. Para la difusión de estos productos son varias las líneas propuestas: Creación de una base de datos de proyectos en curso con el fin de permitir la coordinación entre Agencias y el establecimiento de sinergias; la implementación de un repositorio de producción científica que recopile toda la producción científica de las Agencias.

- c. Para una mayor disseminación a nivel nacional, los autores consideran necesaria la creación de un boletín electrónico colectivo que recoja las novedades de Agencias y unidades a nivel nacional así como el uso de tecnologías basadas en la web social.

2.- OBJETIVOS

Este trabajo tiene como objetivo general el conocimiento y análisis de la difusión y diseminación de los productos y actividades llevados a cabo por las Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.

Para alcanzar este objetivo general, se establecieron 3 objetivos específicos, que son los que se exponen a continuación:

- a. Las Agencias. Consideramos fundamental estudiar las instituciones que, no sólo son las autoras de los documentos de ETS, sino que además son también las que diseñan las estrategias de difusión de los mismos. Nos proponemos conocer su estructura y todos aquellos elementos que a nuestro juicio pueden condicionar la difusión de sus productos (audiencias a las que se dirigen, dependencia de organismos públicos/privados y de escala nacional/regional, ámbito geográfico de actuación, dotación de recursos humanos, etc). A ello dedicamos los epígrafes 1-3 del capítulo 4.
- b. Producción científica. Resulta inevitable estudiar en profundidad los documentos que son objeto de esa difusión. Para ello analizaremos elementos tales como la tipología documental, formatos disponibles y accesibilidad de los documentos, etc. A ello dedicamos el epígrafe 4 del capítulo 4.
- c. Difusión. El tercer objetivo es el de la propia difusión de ETS. Llevaremos a cabo un estudio sobre la situación actual, para ello analizaremos diferentes herramientas como las páginas web, presencia en bases de datos, o nuevos servicios de información. A ello dedicamos el epígrafe 5 del capítulo 4.

3.- MATERIAL Y MÉTODOS

Este estudio se trata de un análisis descriptivo de las Agencias de ETS. Para ello se tomará como punto de referencia las Agencias de ETS pertenecientes a la red INAHTA y se estudiarán todas aquellas variables que, de modo directo o indirecto, repercuten en el éxito o fracaso de una adecuada difusión de los contenidos elaborados por estas instituciones.

3.1. IDENTIFICACIÓN DE LAS AGENCIAS DE ESTUDIO

Aunque en la actualidad son muchas las instituciones que trabajan en el ámbito ETS, no hemos localizado ningún estudio que lleve un registro de todas ellas. Para llevar a cabo este trabajo nos hemos centrado en las Agencias de ETS pertenecientes a la INAHTA ⁽⁶⁴⁾, por cuanto los criterios de adhesión para ser miembro de esta red son lo suficientemente amplios para ser una organización universal, y lo suficientemente rigurosos para asegurar la fiabilidad de los contenidos ofrecidos por las Agencias. Los requisitos de admisión son:

- Responsabilidad en materia de ETS. Ser responsables de modo permanente de programas de ETS, a nivel tanto de coordinación, desarrollo y/o operación de los programas de ETS, como de producción de informes.
- Reconocimiento oficial. Contar con el reconocimiento oficial de las autoridades públicas (regionales o locales).
- Financiación. Han de ser organizaciones sin ánimo de lucro, y transparencia financiera (han de proporcionar una descripción completa de sus fuentes de financiación).
- Independencia respecto al sector privado. Se exige que al menos el 50% de sus ingresos proceda de fuentes públicas.

- Acceso a los resultados. Han de proporcionar –a cualquier miembro que lo solicite- acceso gratuito a cada una de sus publicaciones.

La localización de esta información se llevó a cabo a lo largo de los meses de julio y agosto de 2010. No se han incluido aquellas Agencias incorporadas a la INAHTA con posterioridad a esta fecha.

3.2. ESTABLECIMIENTO DE VARIABLES DE ESTUDIO

Para evaluar las Agencias de ETS recogidas en la Red INAHTA, y en coherencia con los objetivos planteados en nuestro estudio, trabajamos con las siguientes variables:

A.- AGENCIAS

Para el estudio de este primer objetivo se han establecido dos variables:

- .- Naturaleza de las Agencias
- .- Audiencia diana

B.- PRODUCCIÓN CIENTÍFICA

Para el estudio de este objetivo se ha llevado a cabo un análisis de las siguientes variables:

- .- Tipología documental
- .- Análisis de las publicaciones científicas de las Agencias

C.- ESTRATEGIAS DE DIFUSIÓN Y DISEMINACIÓN

Las variables analizadas para el cumplimiento del tercer objetivo son los que se plantean a continuación:

- .- Presencia de las Agencias en las bases de datos
- .- Análisis de las páginas web
- .- Servicios web ofrecidos por las Agencias

La información de las variables –recogida durante los meses de noviembre de 2010 a noviembre de 2011-fue obtenida de las páginas web de cada una de las Agencias ^(25, 65-106); y, en caso de páginas web con información deficiente, acudimos también a la página de la INAHTA ⁽⁶⁴⁾. Además, con el fin de completar determinadas informaciones (recursos humanos de la Agencia, número de documentos elaborados y audiencia diana

de los mismos) remitimos a todas las Agencias un cuestionario de elaboración propia, que fue contestado por un 34% de las Agencias (en el anexo I adjuntamos las dos versiones –en lengua española e inglesa- que remitimos del cuestionario).

3.2.1. Agencias de Evaluación

3.2.1.1.-Naturaleza de las Agencias

No todas las Agencias responden al mismo modelo, y su naturaleza puede determinar, en mayor o menor medida, la labor que realiza y el impacto de su trabajo. Entre los elementos que, a nuestro juicio, tienen una mayor incidencia se encuentran el ámbito geográfico, la dependencia funcional, y el personal que lo conforma:

- Ámbito geográfico. A los efectos de este trabajo, y con independencia del ámbito (nacional o regional) de la persona jurídica que gestione una Agencia, entendemos por ámbito geográfico de una Agencia el país en el que desarrolla su actividad.
- Dependencia funcional. A los efectos de este trabajo, se entenderá por dependencia funcional de las Agencias, las personas jurídicas que las gestionan. Nos encontraremos así con organismos de salud públicos y privados; y tanto a nivel nacional como regional.
- Recursos humanos. A los efectos de este trabajo, entendemos por recursos humanos de una Agencia tanto el personal interno (fijo o temporal) como los consultores externos. Este dato nos permite evaluar de manera más ajustada el rendimiento de productividad de las Agencias. Además, prestaremos especial atención al papel de los documentalistas, por ser los responsables de difusión en la mayor parte de los casos.

3.2.1.2. Audiencia diana.

Un elemento esencial en el proceso de difusión de cualquier información es la audiencia a la que va dirigido; lo que habitualmente se conoce como “audiencia diana”.

Tomando como referencia otros estudios sobre audiencias en el campo de la ETS ^(1, 48, 54, 57), nosotros en este trabajo consideraremos las siguientes audiencias:

- Autoridades públicas sanitarias: Incluye órganos públicos directivos, tanto nacionales como regionales, responsables de gasto sanitario que ven la ETS como una herramienta para el desempeño de sus funciones públicas ⁽³⁷⁾. En consecuencia, sus necesidades de información vienen marcadas por la descripción del problema y la generación de ideas para la planificación sanitaria.
- Gestores y planificadores sanitarios: Constituida por planificadores, gestores sanitarios, directivos hospitalarios y administradores. Este grupo entiende la ETS ante todo como una herramienta para la optimización de sus recursos sanitarios ⁽³⁷⁾, por lo que la información requerida por esta audiencia se centra en estadísticas sobre la variabilidad de la práctica clínica y en evaluación de programas, tanto desde la perspectiva coste-eficacia como de su efectividad.
- Clínicos y otros profesionales sanitarios: En este apartado se incluirán tanto a los profesionales sanitarios (médicos, enfermeras, farmacéuticos, psicólogos...), como a los colectivos que los agrupan (sociedades profesionales y paneles de expertos). Todos ellos entienden la ETS como una herramienta que puede ayudar a disminuir la variabilidad de la práctica clínica y aumentar la eficacia y seguridad de sus intervenciones, por lo que sus necesidades de información vienen marcadas por estudios de efectividad, eficiencia, variabilidad, etc.
- Industria sanitaria: A los efectos del presente trabajo, entendemos por "industria sanitaria" las empresas que fabrican, desarrollan o distribuyen productos sanitarios (como fármacos, o material sanitario); así como las empresas de servicios que participan en su aplicación (como consultoras implicadas en el desarrollo o empresas que participan en la prestación de servicios sanitarios). Como hemos destacado ya en numerosas ocasiones, el trabajo de las Agencias condiciona enormemente la toma de decisiones en materia de tecnología sanitaria; por esta razón, las

necesidades de información de la Industria sanitaria se dirigen muy especialmente a las cuestiones de seguridad y coste-eficiencia.

- Ciudadanos y pacientes: Incluye consumidores, tanto de modo individual (pacientes, familiares o cuidadores) ⁽¹⁰⁷⁾, como colectivo (asociaciones de pacientes, etc.). ⁽¹⁰⁸⁻¹¹⁰⁾ La introducción de este colectivo como audiencia-diana es relativamente reciente y sus necesidades de información vienen marcadas por requerimientos de información básica. El formato, lenguaje y presentación de resultados es muy diferente al empleado en el ámbito científico y/o de gestión ⁽¹¹¹⁾.

3.2.2.- Producción científica

3.2.2.1.- Tipología documental.

Dado que las Agencias trabajan con diferentes tipos de información y públicos, la estructura y los formatos de presentación de los documentos difieren unos de otros; esta variable la identificamos como “tipología documental”.

Los principales tipos de documentos con los que trabajan las Agencias son los siguientes:

- Informes de Evaluación: Documentos en los que se evalúa una tecnología sanitaria concreta mediante una RS de la literatura científica. Además de analizar su eficacia, efectividad, eficiencia o seguridad, se lleva a cabo una contextualización y valoración del impacto que pueda generar en el sistema sanitario ⁽¹⁵⁾.
- Consultas Técnicas: Documentos en los que se evalúan aspectos concretos de una tecnología mediante la elaboración de revisiones sistemáticas. A diferencia de los anteriores, están destinados a responder consultas puntuales ⁽²¹⁾.
- Fichas Técnicas: Documentos breves que resumen la evidencia científica más relevante sobre tecnologías nuevas y emergentes con el fin de servir de apoyo en la toma de decisiones ⁽¹¹²⁾.

- Guías de Práctica Clínica: Acuerdos desarrollados para asistir la decisión de profesionales sanitarios y pacientes sobre el cuidado apropiado en circunstancias clínicas específicas ⁽²⁸⁾.
- Otros documentos: En esta categoría se incluirá cualquier documento no recogido en los apartados anteriores.

A su vez, en cada uno de estos documentos, deberán tenerse en cuenta una serie de consideraciones como el número que elabora, versiones disponibles e idiomas utilizados. Por lo que se refiere al NUMERO DE DOCUMENTOS, y con el fin de conocer la productividad de cada Agencia, se llevará a cabo un recuento de cada una de las tipologías. Y, además, de cada una de las tipologías analizadas se tendrán en cuenta las diferentes VERSIONES presentadas (versión completa; versión resumida; recomendaciones) e IDIOMAS utilizados.

3.2.2.2.- Análisis de la producción científica de las Agencias

Este proceso lo llevamos a cabo en tres etapas. En primer lugar, identificamos el número de artículos firmados por las Agencias de ETS, dato que obtuvimos a partir de las principales bases de datos clínicas (Medline, Embase, ISI WOK). La búsqueda bibliográfica la realizamos a lo largo de los meses de febrero y marzo 2011. Los resultados de la búsqueda bibliográfica se limitaron hasta el año 2010. La estrategia de búsqueda bibliográfica utilizada es la que figura en el anexo III.

En segundo lugar, se llevó a cabo una descarga de los resultados en el gestor bibliográfico Endnote web (<http://www.myendnoteweb.com>), con el fin de eliminar las duplicidades.

En tercer lugar, los resultados -libres ya de duplicidades- fueron descargados en el programa Microsoft Excel; y de cada uno de los registros obtenidos analizamos una

serie de variables, relacionadas, tanto con los artículos localizadas, como los títulos de las revistas donde estas fueron publicadas:

ARTÍCULOS DE REVISTAS: Dentro de ellas las variables analizadas han sido las que se presentan a continuación:

- Idiomas: Lengua del artículo científico, con el fin de conocer cuáles son los idiomas más utilizados por las Agencias.
- Años de publicación: Con el fin de conocer la evolución –regular/irregular; creciente/estable/decreciente- de la producción de las Agencias, observamos los años de publicación de los artículos analizados para determinar la producción anual. Y dado que la aparición de las diferentes Agencias se ha ido produciendo de manera paulatina (desde 1987, año en que se localiza el primer artículo, hasta 2010, se han creado un total de 50 Agencias), nuestro cálculo tiene en cuenta el número de Agencias que existe cada año.
- Tipología de artículos: Este dato, que nos permite conocer el tipo de investigación más empleado por las Agencias, lo obtenemos de diferentes bases de datos (Medline, Embase, ISI Wok). En realidad, estas bases de datos emplean distintos sistemas de clasificación; y a ello se añade que en ocasiones el campo “tipo de publicación” (publication type) mezcla aspectos formales y metodológicos. Para salvar las distorsiones que esto provoca en nuestro estudio, creamos una clasificación propia a partir de las existentes (ver anexo IV para la descripción de cada una de las bases de datos). Para ello distinguimos los siguientes 5 grupos:

Comunicaciones de congresos publicados en revistas científicas. Incluimos ponencias, comunicaciones orales y posters.

Artículos de opinión. Entendiendo como tal, toda breve reflexión personal sobre un tema, incluimos en este apartado diferentes formatos; entre otros, cartas, notas, editoriales, noticias, etc.

Artículos de investigación. Todo artículo original que aporta resultados de un estudio (casos clínicos, ensayos clínicos, etc).

Guías clínicas. Acuerdos desarrollados para asistir la decisión de profesionales sanitarios y pacientes sobre el cuidado apropiado en circunstancias clínicas específicas. En ella se incluirán conferencias de consenso y guías de práctica clínica basadas en la evidencia.

Artículos de revisión. Síntesis, sobre un tema determinado de la bibliografía publicada hasta el momento. Recogen revisiones narrativas y sistemáticas.

TÍTULOS DE LAS REVISTAS:

- Títulos, Especialidad y Factor de impacto de las revistas. Con el propósito de conocer el grado de dispersión de los documentos de las Agencias, en términos cuantitativos y de perfil, no sólo analizamos los títulos de las revistas en que publican sus trabajos, sino que también tuvimos en cuenta las especialidades –básicas y clínicas- a las que pertenecían, y su factor de impacto. Para obtener los datos de la revista (especialidad y factor de impacto), recurrimos al Journal Citation Reports (en adelante, JCR), elaborado por el Web of Knowledge (En adelante ISI WOK) ⁽¹¹³⁾. En el caso de aquellas revistas cuya especialidad no figura en el JCR, consultamos el Scimago Journal Ranking.

3.2.3.- Estrategias de difusión y diseminación.

3.2.3.1.- Presencia de las Agencias en las Bases de datos

Para la actualización del conocimiento científico, los profesionales sanitarios suelen consultar publicaciones científicas, y la forma más habitual de realizar sus búsquedas es acudiendo a bases de datos bibliográficas. Por esta razón consideramos de interés conocer la presencia de las Agencias en las bases de datos internacionales.

Las bases de datos analizadas han sido de tres tipos: especializadas en RS y/o GPC (HTA, Cochrane y National Guideline Clearinghouse); clínicas (Medline y Embase); de investigación (ISI WOK).

a.- Bases de datos especializadas en RS y/o GPC

Base de datos HTA:

Url: <http://www.crd.york.ac.uk/crdweb/SearchPage.asp>

Organización responsable: Centre for Reviews and Dissemination

Esta base de datos contiene estudios de ETS, que son suministrados las propias Agencias de ETS ⁽¹¹⁴⁾. Las posibilidades de búsqueda ofertadas por esta base de datos son 3: por término libre, por palabras clave o por campos a través de la pestaña “restrictions info” (Información de restricciones). Esta última opción permite buscar por editor y lugar de publicación. Los datos obtenidos fueron comparados con el número de documentos declarados por cada una de las Agencias. Dado que esta base de datos no recoge FT, para el cálculo de la misma, tan sólo se tuvo en cuenta la suma de IE, CT y GPC.

Cochrane Library

Url: <http://www.thecochranelibrary.com/view/0/index.html>

Organización responsable: Cochrane Collaboration

Incluye, entre otros documentos, informes de ETS. Aunque el acceso a los documentos es por suscripción, la consulta es de acceso libre. Esta base de datos ofrece 2 modalidades de búsqueda; simple y avanzada. A través de la opción de búsqueda avanzada, permite realizar búsquedas en todo el registro del documento, incluyendo la institución de los autores (AD). Para el cálculo de esta base de datos, tan sólo se tuvo en cuenta la suma de informes de ETS, CT y GPC, siendo excluidas las FT, por no estar recogidas en esta base de datos.

National Guideline Clearinghouse

Url: <http://guideline.gov/>

Organización responsable: Agency for Healthcare Research and Quality

Base de datos especializada en GPC. Esta página permite dos modos de búsqueda; simple y avanzada. A través de esta última opción se puede limitar la búsqueda por organismo elaborador, entre otras opciones ⁽¹¹⁵⁾. Para el cálculo de esta base de datos, tan sólo se tuvo en cuenta las guías clínicas, siendo excluidos otro tipo de documentos, por no estar recogidas en esta base de datos.

b.- Bases de datos generales:

Medline/ Pubmed

Url: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

Organización responsable: National Library of Medicine

Base de datos bibliográfica elaborada por la National Library of Medicine de Estados Unidos. Contiene unas 5400 revistas de ciencias de la salud desde 1948. Dispone de varias modalidades de búsqueda ⁽¹¹⁶⁾. La opción de Advanced search visualiza los términos presentes en los diferentes índices: MeSH, autor, palabra del título o resumen. A través de la opción de Affiliation permite localizar artículos por la filiación institucional del primer autor. No permite localizar documentos por otros firmantes. Los datos obtenidos fueron comparados con el número de documentos realizados por cada Agencia. Para el cálculo de esta base de datos, se tuvo en cuenta la suma de IE, CT, GPC y FT.

Embase

Url: <http://www.Embase.com/>

Organización Responsable: Fundación Internacional Excerpta Medica

Editada por la Fundación Internacional Excerpta Medica, Embase (Excerpta Medica data BASE) esta base de datos ofrece varias posibilidades de búsqueda ⁽¹¹⁷⁾. Al igual

que en el anterior caso, dispone de varias modalidades de búsqueda. A través de la opción de campos de búsqueda se permite limitar por institución de cualquiera de los autores del trabajo. Al igual que en el anterior caso, para el cálculo de esta base de datos, se tuvo en cuenta la suma de IE, CT, GPC y FT.

Dispone de varias modalidades de búsqueda: por término libre, palabra clave o búsqueda por un campo concreto. A través de esta última opción permite localizar artículos por la filiación institucional de cualquiera de los autores firmantes. Los datos obtenidos fueron comparados con el número de documentos realizados por cada Agencia. Para el cálculo de esta base de datos, se tuvo en cuenta la suma de IE, CT, GPC y FT.

c.- Bases de datos en el campo de la investigación

ISI Web of Knowledge

Url: <http://www.accesowok.fecyt.es/>

Organización responsable: ISI Thompson Reuters

Plataforma formada por una amplia colección de bases de datos bibliográficas de diferentes disciplinas del conocimiento. Aunque son varias las opciones de búsqueda, la opción general es la más parecida a las opciones de búsqueda de las bases de datos clásicas. Permite hacer búsqueda por campos concretos. A través de la opción “address” localiza documentos de cualquiera de los autores de un trabajo. Al igual que en el anterior caso, para el cálculo de esta base de datos, tan sólo se tuvo en cuenta la suma de IE, CT, GPC y FT.

Con el fin de conocer la presencia de los artículos de las Agencias en cada una de las bases de datos, se llevó a cabo la misma búsqueda que en el apartado anterior (“análisis de la producción científica de las Agencias, anexo III). Al igual que en el anterior caso, los resultados fueron descargados en Microsoft Excel, y puestos en relación con las bases de datos donde se localizaron. Para contextualizar los datos

obtenidos, se contrastó con el número total de documentos realizados por cada Agencia.

3.2.3.2.- Análisis de las páginas web

La consolidación de Internet como medio de comunicación ha supuesto un cambio radical en la transferencia del conocimiento, y con ello, en la actividad de las Agencias de evaluación. Con Internet, el sentido de inmediatez cobra más relevancia que nunca, incidiendo en la accesibilidad a las publicaciones científicas y expandiendo la gama de canales de comunicación existentes hasta el momento. Por esta razón, consideramos que un estudio que no incluya este medio resultaría incompleto.

Para la evaluación de esta variable, se han tenido en cuenta tres elementos: existencia de página web, servicios de información ofrecidos y presencia en la web 2.0.

- La labor de identificación y estudio de las páginas web institucionales de las Agencias la realizamos a lo largo de abril de 2011. Los ítems analizados son idioma (idioma/s de la página web) y actualización (fecha en que la Agencia declara haber actualizado la página por última vez).
- Además se tendrá en cuenta los servicios de información que estas ofrecen sobre los productos y servicios que elaboran, Algunos de los servicios disponibles en Internet aparte de la Web, son los boletines electrónicos y las listas de distribución, los foros de debate y los RSS.

Newsletter: a efectos de este trabajo entenderemos por newsletter aquellos boletines informativos en distribuidos de forma electrónicos de forma periódica, con información de la página web que la emite. Se recibe en el buzón de correo del destinatario.

Lista de distribución: En este apartado se considerarán las listas de distribución elaboradas por las Agencias, entendidas estas como listas de direcciones

electrónicas utilizada para distribuir mensajes a un grupo de personas. Generalmente se utiliza para discutir acerca de un determinado tema.

Really Simple Syndication (RSS), formato XML para syndicar o compartir contenido en la web. Se utiliza para difundir información actualizada frecuentemente a usuarios que se han suscrito a la fuente de contenidos.

3.2.3.3.- Servicios web ofrecidos por las Agencias.

Internet como medio de comunicación ha acabado derivando en los últimos años en la denominada Web 2.0, un término acuñado para definir un conjunto de servicios web que facilitan la publicación e intercambio de contenidos en múltiples formatos (videos, fotografías, audio, texto) que fomentan la interacción entre ellos ⁽¹¹⁸⁾. Con la incorporación de la web 2.0 al campo sanitario, ha surgido un nuevo término denominado medicina 2.0 o salud 2.0. Si bien es cierto que podemos encontrar muchas definiciones al respecto, esta puede entenderse como “el uso de un conjunto concreto de herramientas de la web por parte de los agentes implicados en la asistencia sanitaria para personalizar la asistencia y promocionar la educación sanitaria” ^(118, 119).

A efectos de este estudio se valorará la presencia de las Agencias en las redes sociales.

- Twitter (<http://www.twitter.com>) es un servicio en línea lanzado en el 2006, que permite a los usuarios enviar y recibir mensajes cortos, máximo 140 caracteres, conocidos como tweets.
- Facebook: (<http://www.facebook.com/>) Red social creada en 2007. En los últimos años ha recibido mucha atención al convertirse en una plataforma sobre la que terceros pueden desarrollar aplicaciones y hacer negocio a partir de la red social. Una de las utilidades de mayor desarrollo en los últimos años ha sido la capacidad de reunir personas con intereses comunes. En los grupos se pueden añadir fotos, vídeos, mensajes, etc.

- LinkedIn (<http://www.linkedin.com/>) es un sitio web orientado a negocios, fundado en 2002 y lanzado en 2003 (comparable a un servicio de red social), principalmente para red profesional.
- Digg (<http://digg.com/login>) es un sitio web principalmente sobre noticias de ciencia y tecnología. Combina marcadores sociales, blogging y sindicación con una organización sin jerarquías, con control editorial democrático, lo cual permite que se publiquen artículos sobre una gran variedad de géneros. Los usuarios envían relatos de noticias y recomendaciones de páginas web y los ponen a disposición de la comunidad, quien las juzgan.

3.3. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Para la realización de este estudio nos hemos basado en información institucional de carácter público (páginas web de la INAHTA y de cada una de las Agencias analizadas) y en datos proporcionados específicamente por las propias Agencias para la realización de este trabajo (cumplimentación de cuestionarios de elaboración propia). También hemos acudido a las principales bases de datos biosanitarias: especializadas en RS y/o GPC (HTA, Cochrane y National Guideline Clearinghouse); clínicas (Medline y Embase); y de investigación (ISI Wok).

La labor de contrastar la veracidad o exactitud de dichos datos trasciende el objeto de este estudio.

A continuación se presentan algunas de las limitaciones detectadas durante la elaboración del estudio

3.3.1. -Sobre la selección de Agencias de ETS.

En la actualidad existen numerosas organizaciones que realizan su actividad en el campo de la ETS. Debido a la imposibilidad de llevar a cabo un análisis de todas ellas, este estudio se ha centrado en el análisis de Agencias incluidas en la red INAHTA, por su carácter público y su amplia distribución geográfica. En consecuencia, este análisis se ha limitado a una muestra y no a la totalidad de Agencias de ETS.

3.3.2.- Análisis de variables.

Documentos elaborados por cada una de las Agencias.

Este dato se ha obtenido de los cuestionarios cumplimentados por las Agencias. En su defecto se ha obtenido de las páginas web institucionales de las propias Agencias, entendiendo que las cifras son aproximadas y no exactas. En ciertos casos la

información no ha podido localizarse. En estos casos la variable ha sido clasificada como “no disponible”.

Presencia de documentos de Agencias en las bases de datos.

Hemos identificados dos tipos de limitaciones.

En primer lugar, la variabilidad existente en el campo “affiliation” / “lugar de trabajo” nos ha obligado a realizar una búsqueda previa para conocer las formas de firma habituales por parte de las Agencias. El hecho de que alguna Agencia haya firmado de un modo diferente a los detectados, supondría una pérdida de visibilidad de la misma.

En segundo lugar, y muy conectada con la anterior limitación, debemos advertir que la base de datos Medline únicamente recoge la dirección institucional del primer autor.

Análisis de la producción científica

Los documentos que hemos incluido como producción científica de las Agencias de ETS son los documentos de evaluación y los artículos de revistas, porque son sus productos más visibles y significativos. Pero lo cierto es que no son los únicos; las Agencias hacen uso también de otras vías de difusión (ponencias, comunicaciones, pósteres, presentaciones públicas, actividades docentes, noticias en medios de comunicación...) que no han sido contabilizados ni recogidos para formar parte de este estudio.

4. RESULTADOS

4.1.- DESCRIPCIÓN DE LAS AGENCIAS ANALIZADAS

En el presente apartado procedemos a analizar cada una de las cincuenta Agencias existentes en la INAHTA. Las hemos agrupado en cinco bloques geográficos. En primer lugar, y dado que es donde mayor protagonismo tiene la ETS, estudiaremos la situación en Europa (4.1.1) y en Norteamérica (4.1.2). En segundo lugar, y por orden de importancia: Latinoamérica (4.1.3); Asia (4.1.4); Oceanía (4.1.5).

4.1.1.- EUROPA

A finales de la década de los setenta surge en Europa un fuerte interés por conocer las consecuencias políticas y económicas de las prácticas asistenciales del momento, surgiendo, en muchos países, iniciativas para reducir costes y disminuir la variabilidad en la práctica clínica.

El nacimiento de las primeras Agencias nacionales de ETS tendría lugar una década después. La primera se constituyó en 1987 y fue la Agencia sueca Statens Beredning för Medicinsk Utvärdering (SBU); siguieron sus pasos otros países, como España (con la creación de la Agencia catalana: AIAQS), Francia y Holanda ⁽⁶⁾.

La década de los años noventa se configura como la de la institucionalización de la ETS en Europa. Nuevas Agencias surgieron en Suiza, Austria, Dinamarca, Finlandia, Noruega, Hungría y Polonia ^(9, 46).

En el momento de nuestro estudio existían 30 Agencias en Europa, tal y como se detalla a continuación:

4.1.1.1 Alemania

El inicio de la ETS en Alemania viene marcado por la reforma sanitaria del año 2000, que estableció la reordenación del Instituto Alemán de Documentación e Información Médica, el Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI)

para proporcionar un sistema de información de ETS en política sanitaria. Inicialmente su cometido se limitaba a la adaptación de informes extranjeros de otras Agencias al contexto alemán. Sin embargo, pronto esto fue insuficiente, Alemania necesitaba producir sus propios documentos para informar adecuadamente, y pronto se fundó el Deutsche Agentur für Health Technology Assessment (DAHTA-DIMDI), la Agencia nacional de ETS, en la Escuela de Medicina de Hannover.

La creciente necesidad de medidas para contener los costes llevó a otra reforma sanitaria en 2003, que supuso la creación de una segunda Agencia de ETS, el Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) un año más tarde ⁽¹²⁰⁻¹²²⁾.

En la actualidad, Alemania cuenta con estos dos organismos responsables de ETS:

- **DAHTA-DIMDI** (Deutsche Agentur für Health Technology Assessment/ Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation) ⁽⁸⁰⁾. <http://www.dimdi.de>. Creado en 2000 y adscrito al Ministerio Federal de Salud, tiene el objetivo de gestionar información sobre la ETS. Según los datos recabados en el momento de nuestro estudio, cuenta con un personal formado por cuatro investigadores y un documentalista; además, cuenta con consultores externos (no se proporciona información sobre los mismos). La producción de este organismo se centra en IE (que ellos denominan “HTA Report”) y CT (que denominan “HTA-Bericht”).
- **IQWiG** (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen)⁽⁸⁸⁾. <http://www.iqwig.de>. Creada en 2004, se trata de una fundación privada e independiente del estado, sin fines lucrativos aunque encuadrada en el sistema sanitario alemán. Nace con el objetivo de contribuir a la mejora de la atención sanitaria alemana, a través de la evaluación de fármacos, intervenciones quirúrgicas y diagnósticas. La información sobre la plantilla de esta Agencia no estaba especificada en el momento de nuestro estudio. Este organismo se centra en la elaboración de IE (“IQWiG Reports”), CT (“Rapid Report”) e información para pacientes (“informedhealthonline.org”).

4.1.1.2.- Austria

Los antecedentes de la ETS en Austria surgen entre 1989-1998 en el ámbito académico, pues es en estas fechas cuando un reducido grupo de investigadores del Instituto de Evaluación de Tecnologías en la Academia Austríaca de Ciencias comenzó a trabajar en el campo de la ETS. A partir del año 2000 surgen nuevos grupos de trabajo -también en el marco de instituciones académicas- que lograron atraer la atención de gestores y políticos sanitarios ⁽¹²³⁾, lo que marcó la introducción de ETS en Austria.

Pronto esta cultura de ETS surgida en el ámbito académico, se extendió al ámbito asistencial, y de ahí al de la industria sanitaria.

En 2006 se adoptó la Ley de Calidad de Salud, que posibilitó la creación de diferentes institutos relacionados con la ETS: el Instituto Ludwig Boltzmann (LBI-HTA) y el Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, Instituto Federal para la Calidad en la Atención Sanitaria. La aparición de estos organismos aumentó la conciencia pública, y el establecimiento de prioridades dentro de los presupuestos sanitarios ⁽¹²⁴⁾.

- **GOG** (Gesundheit Österreich GmbH) ⁽⁸²⁾ <http://www.goeg.at> Se creó por la ley federal en 2006. Está constituido como una sociedad anónima, independiente en su trabajo científico pero financiado principalmente por el Ministerio de Salud. Su principal tarea es apoyar la implementación e institucionalización de la ETS en el Sistema de Salud austríaco. Para ello cuenta con una plantilla permanente de alrededor de 146 personas (economistas, médicos, psicólogos, biólogos, estadísticos, planificadores regionales). Este centro elabora IE (“HTA Reports”) y CT (“Quick assessment”). En el momento de nuestro análisis tenían previsto empezar a elaborar también GPC.
- **LBI of HTA** (Ludwig Boltzmann Institute for Health Technology Assessments). <http://hta.lbg.ac.at/de/index.php> ⁽⁹³⁾. Fue fundada en 2006 como sucesora de la antigua Unidad de ETS de la Academia de Ciencias de Austria. En la actualidad es

el responsable de definir el programa anual de investigación así como proporcionar información para la ayuda en la toma de decisiones. El personal que conforma esta unidad, en el momento de nuestro estudio, estaba constituido por 10 personas, no habiendo constancia de consultores externos. Esta institución se centra en la elaboración de IE (“HTA Reports”) y CT (“Quick Assessments”).

4.1.1.3.- Bélgica

Bélgica tiene una historia relativamente reciente en la ETS. Surge a comienzos de los noventa con la aparición de grupos de investigación universitarios y compañías farmacéuticas, que manifestaban un gran interés en su desarrollo. Estos grupos se centraban en evaluar la posible incorporación de tecnologías emergentes. Sin embargo, dada la escasa institucionalización de los grupos y el desconocimiento de la ETS, los estudios carecían de la metodología adecuada; en su mayoría se trataba de revisiones narrativas, por lo que los productos no eran comparables y su diseminación apenas estaba desarrollada (se difundía a través de congresos o revistas científicas, y en ciertas universidades, en programas de formación continua) ^(125, 126).

El establecimiento oficial de la ETS se hizo efectivo en 2002 con la creación de una Agencia semigubernamental, el Kenniscentrum (KCE) que trabaja de forma independiente, aunque financiada en su totalidad con medios públicos. Por el momento, es la única Agencia nacional de ETS belga.

- **KCE** (Kenniscentrum/ Belgian Federal Health Care Knowledge Centre) ⁽¹²⁷⁾. <http://www.kenniscentrum.fgov.be> Institución semigubernamental constituida en 2002 con el fin de asesorar a los responsables políticos sobre la asignación eficiente de recursos; y desde 2008 ofrece apoyo metodológico a los responsables políticos. Elaboran tres tipos de documentos: IE (“KCE reports”), CT (“Rapid Report”) y GPC (“Good Clinical Practice”). Estos proyectos se llevan a cabo por expertos internos (un total de 40 personas)

4.1.1.4.- Dinamarca

La ETS en Dinamarca se ha desarrollado desde comienzos de los años ochenta; su presentación oficial puede situarse en 1982 con la aparición de llamado Libro Blanco, informe elaborado para la Comisión de Investigación Científica del Parlamento danés. Pero a pesar de la buena acogida de la ETS, la falta de apoyo económico llevó a un punto muerto a partir de 1987.

En 1994 la ETS recibió un nuevo impulso con el establecimiento de una estrategia nacional, la primera en el mundo, con el fin de mejorar la efectividad clínica. Producto de todo ello se creó un nuevo comité independiente de ETS, dirigido a tomar decisiones en diferentes ámbitos: político, de administración, y clínico.

En 2001, el citado comité se fusionó con el "Danish Centre for Evaluation", pasando a llamarse "Danish Centre for Evaluation and Health Technology Assessment" (DACEHTA). Siete años más tarde, el DACEHTA se abre a unidades de ETS hospitalarias y de investigación, constituyendo entre todas ellas una red nacional de ETS, de la que la DACEHTA es la figura principal.

En este momento, el país cuenta con dos Agencias de ETS ^(128, 129), además de otros organismos relacionados.

- **DACEHTA** (Danish Centre for Evaluation and Health Technology Assessment) ⁽⁷⁷⁾. <http://www.dacehta.dk> Fue establecido bajo los auspicios del Ministerio de Salud en 1997. Además de ser la Agencia nacional de ETS, es la responsable de servicios de información de salud para la toma de decisiones. En el momento de nuestro estudio, la Agencia estaba formada por 10 personas, además de consultores externos (variable). Elabora cuatro tipos de documentos: 1) IE (HTA report); 2) "Foreign HTA-reports" (resumen de informes extranjeros ETS y comentarios de expertos daneses); 3) Productos de "alerta temprana" de nuevas tecnologías 4) instrumentos metodológicos (toolbox) ⁽¹³⁰⁾.

- **DSI** (Dansk Sygehusinstitut) ⁽⁷⁸⁾. <http://dsi.dk> Organización independiente de investigación establecida en 1975 por el Gobierno danés, la asociación de consejos de los condados de Dinamarca. En la actualidad su principal objeto es la planificación y gestión en servicios de salud. Elabora de modo exclusivo IE (“Medicinsk Teknologivurdering”). La Agencia está constituida por 50 personas además de consultores que, de modo esporádico, participan en la elaboración de estos informes.

4.1.1.5.- España

Desde 1981, la financiación, planificación y gestión sanitaria en España se ha ido descentralizando progresivamente en favor de las comunidades autónomas. Hoy en día, el Ministerio de Sanidad (actual Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad) tiene como tareas la coordinación de funciones, el desarrollo de leyes nacionales, y la representación internacional. Este proceso de descentralización coincidió con el incremento del gasto público sanitario, atribuible, entre otras causas, a la introducción de costosas tecnologías.

La introducción de ETS en España, tanto a nivel autonómico como nacional, se produjo en los años 90, de manera escalonada ^(131, 132):

Durante el período 1991-1993 se constituyeron las primeras unidades administrativas de ETS a nivel autonómico: la Oficina de ETS catalana (1991); Osteba, como unidad administrativa del Departamento vasco de Sanidad (1992); y la Unidad de ETS del Servicio de Salud Canario (1993).

En 1994 se da el salto a nivel nacional con la creación, por parte del Ministerio de Sanidad, de la Agencia Española de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS). Esta nueva Agencia pasó a depender del Instituto de Salud Carlos III.

A partir de esta fecha, todas las unidades administrativas autonómicas antes citadas se constituyeron como unidades independientes, al tiempo que se creaban otras nuevas. En 1999 se creó la Agencia Gallega de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (Avalia-t). En 2003 se estableció la unidad de ETS (UETS) en la Comunidad de Madrid.

La proliferación de Agencias de ETS en España fue espectacular, de hecho España es el país que –dentro de la INAHTA- cuenta con un mayor número de Agencias y Unidades. Una de las preocupaciones comunes a todas las Agencias y Unidades de ETS españolas durante estos años fue la falta de recursos; situación que mejorará con el "Plan de Calidad para el Servicio Nacional de Salud", establecido por la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud ⁽¹³³⁾. Dicha ley dedica su artículo 61 a los "Planes de Calidad del Sistema Nacional de Salud".

Entre los principales objetivos de este Plan de Calidad estaba la creación de un marco de trabajo en red entre todas las Agencias, autonómicas y nacional. Este esfuerzo conjunto debería dirigirse principalmente a: (I) Identificar y priorizar necesidades y oportunidades en ETS a nivel nacional; (II) Promover el desarrollo de herramientas metodológicas; (III) Mejorar los canales de comunicación de los resultados en ETS a los diferentes agentes (Decisores políticos, gestores, clínicos, industrias y ciudadanos en general).

Para promover su implantación, se han desarrollado múltiples convenios (2006-8) (2008-10), con las Agencias de ETS. El plan de Calidad, y los convenios desarrollados, han permitido tres importantes logros: la consolidación de un organismo coordinador; la elaboración de herramientas metodológicas comunes; la creación de una plataforma virtual única:

Hasta el 2003 el panorama en España era ya el de una serie de Agencias autonómicas, cinco en total, y una Agencia nacional; pero el Plan de Calidad de 2003 reforzará de manera importante la posición, como centro coordinador, de la Agencia nacional. La Ley 16/2003 ⁽¹³³⁾ y los diferentes convenios vinculan

expresamente la AETS, como punto de referencia del Instituto de Salud Carlos III en su vinculación con las diferentes Agencias autonómicas.

El segundo gran logro de este Plan de Calidad, gracias al apoyo económico que ofreció para ello, fue el desarrollo de herramientas metodológicas comunes. Estas guías y herramientas elaboradas por las Agencias, y que han contribuido de manera importante a la normalización de la ETS, abarcan diferentes aspectos relacionados con la búsqueda de información ^(43, 134), la elaboración de estudios ⁽¹³⁵⁻¹³⁸⁾, o la difusión de los resultados ^(57, 139).

En tercer lugar, la creación de la red virtual AUnETS (Agencias y unidades de Evaluación de Tecnologías Sanitarias), <http://aunets.isciii.es/web/guest/home>. A través de esta plataforma, que no estuvo operativa hasta 2007, se puede acceder a toda la actividad que las Agencias desarrollan dentro del marco del Plan de Calidad.

En estas mismas fechas, las Agencias españolas comenzaron a realizar los primeros contactos con la industria y el ámbito hospitalario. En el caso de la industria, esta aproximación culminó en 2007 con la creación de la "Fundación Tecnología y Salud" <http://www.fundaciontecnologiaysalud.es/>; entidad promovida por la industria sanitaria con el fin de potenciar la investigación y la ETS, así como fomentar el diálogo con las Agencias. Por lo que se refiere al ámbito hospitalario, las Agencias han promovido la colaboración con centros sanitarios a través de proyectos comunes. El fruto de estos esfuerzos ha sido positivo para ambas partes: para las Agencias, porque enriquecen el proceso de elaboración de sus productos con las aportaciones de quienes, en definitiva, los van a aplicar; y para los hospitales, no sólo por la incidencia que puedan tener en la adopción de las recomendaciones, sino también porque esta participación los hace más conscientes del fundamento e importancia de estas recomendaciones.

Otra cuestión a destacar es la incidencia de las remodelaciones ministeriales de los últimos años. Cuando en 1994 se creó la AETS se vinculó al Instituto de Salud Carlos III, organismo

responsable de la investigación sanitaria integrado en el entonces Ministerio de Sanidad y Consumo. En 2008 se produjo una remodelación ministerial ⁽¹⁴⁰⁾ que trajo como consecuencia la adscripción del Instituto de Salud Carlos III al entonces Ministerio de Ciencia e Innovación ⁽¹⁴¹⁾; este cambio, que supuso que tanto los fondos de investigación sanitaria como el propio organismo central (AETS) fueran transferidos a este Ministerio, se tradujo en un debilitamiento del papel coordinador de la AETS. Como última etapa, por el momento, en este proceso de cambios debemos mencionar la remodelación de 2012 ⁽¹⁴²⁾ que ha supuesto la adscripción del Instituto de Salud Carlos III al nuevo Ministerio de Economía y Competitividad, y no al Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad; es pronto todavía para pronunciarse sobre otras consideraciones.

En la actualidad, las Agencias españolas que forman parte de la INAHTA son las siguientes:

- **AIAQS** (Agència d'informació, Avaluació i Qualitat en Salut) ⁽⁶⁶⁾. <http://www.AIAQS.net/>. Se trata del primer organismo público español en materia de ETS. Nació en 1991 como unidad administrativa del Departamento de Salud catalán ^(143, 144) y, tras varias modificaciones de sus estatutos, en 1999 se constituyó como Agencia bajo el nombre AATRM (Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques). En 2010 se llevó a cabo una nueva reestructuración ⁽¹⁴⁵⁾ que, junto a un cambio en la denominación (de AATRM a AIAQS), ha supuesto la ampliación de su ámbito de actuación con la incorporación de las Tecnologías de la Información y Comunicación.

Se configura como una de las Agencias más fuertes en lo que a personal se refiere, ya que cuenta con cincuenta y dos personas, además de ciento ochenta consultores. No sólo elabora los productos propios de las Agencias (IE, CT y GPC), sino también: “Conceptes i mètodes en avaluació”, “gestión y priorización de la investigación”, “asesorías y protocolos”.

- **AETS** (Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias) ⁽⁶⁷⁾. http://www.isciii.es/htdocs/en/investigacion/Agencia_ques.jsp. Esta Agencia fue fundada en 1994 ⁽¹⁴⁶⁾ dentro del Instituto de Salud Carlos III para dar

apoyo científico al entonces Ministerio de Sanidad y Consumo, así como a las diferentes Consejerías de Sanidad de las Comunidades Autónomas. Esta labor de apoyo y coordinación se vio consolidado con la ya citada Ley 16/2003 ⁽¹³³⁾, que vincula expresamente la AETS al procedimiento de actualización de la Cartera de Servicios. Tras varias remodelaciones ministeriales, en la actualidad la AETS se encuentra adscrita al nuevo Ministerio de Economía y Competitividad ⁽¹⁴²⁾.

Su principal objetivo es la evaluación de tecnologías para la formulación de políticas sanitarias del Sistema Nacional de Salud. Esta Agencia elabora IE (“Informes públicos de evaluación”) y FT, a través de un sistema denominado SÍNTESIS ⁽²⁴⁾, sistema de información sobre tecnologías nuevas y emergentes. Asimismo elabora “usos tutelados de tecnologías sanitarias”. En el momento del estudio el personal de la AETS estaba constituido por treinta y seis personas, además de ochenta consultores externos.

- **AETSA** (Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía) ⁽¹⁴⁷⁾. <http://www.juntadeandalucia.es/salud/servicios/aetsa>. Fue creada por la Junta de Andalucía en 1996 ⁽¹⁴⁸⁾, con el objetivo de ayudar en la toma de decisiones y la práctica clínica sobre el uso más eficiente de los recursos sanitarios. Cuenta con veintitrés investigadores y dos documentalistas en plantilla, siendo variable el número de consultores externos que participan en proyectos. En la actualidad su producción se centra en la elaboración de IE, CT (“Informes cortos”), FT (“Fichas de Tecnologías Emergentes”), GPC, y Herramientas de Ayuda a la Toma de Decisiones. Además ofrece, a través de su web, un espacio dedicado a la ciudadanía (guías de información y herramientas para la ayuda en la toma de decisiones).
- **Avalia-t** (Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia) ⁽²⁵⁾. <http://avalia-t.sergas.es>. Fue creada en 1999 por la Consellería de Sanidade ⁽¹⁴⁹⁾. En la actualidad se configura como una unidad administrativa dependiente de la Dirección Xeral de Innovación e Xestión da Saúde Pública.

Además de elaborar los productos propios de las Agencias (IE, CT y GPC), tiene una colección de documentos metodológicos, informes breves e investigación evaluativa. Además de ocho investigadores y dos documentalistas que constituyen la plantilla de la Agencia, cuenta también con una red de colaboradores variable.

- **Osteba** (Euskal Herriko Osasun Saileko-Osasun Teknologien Ebaluazioko Zerbitzua)⁽¹⁰¹⁾. http://www.osasun.ejgv.euskadi.net/r52-20726/es/contenidos/informacion/temas_evaluar/es_1211/inv03.html En 1992, y con el objetivo de mejorar la práctica médica y la organización de la prestación sanitaria, surge Osteba dentro de la Dirección de Planificación y Evaluación del Departamento de Sanidad del País Vasco (Ley 30/1992, de 26 de noviembre).

Desde su creación, esta Agencia tiene por objetivo la evaluación de tecnologías existentes y la identificación de las tecnologías emergentes. En este sentido, la identificación de tecnologías emergentes, la Agencia se vio muy potenciada desde el año 2000 con la creación del programa SORTEK⁽²⁷⁾. El objetivo del programa al igual que es el programa síntesis (de la Agencia AETS) es prever y planificar de forma proactiva las futuras inversiones tecnológicas de salud.

Cuenta con 6 personas en plantilla además de un total de 80 colaboradores en la realización de proyectos. Los productos que esta Agencia elabora son los siguientes: IE, CT, FT (“Tecnologías Emergentes”) y documentos metodológicos.

- **UETS** (Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias)⁽¹⁵⁰⁾. http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM_Actuaciones_FA&cid=1132046802845&idConsejeria=1109266187266&idListConsj=1109265444710&idOrganismo=1109266228196&language=es&pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura&pv=1142497201090&sm=1109266100977. Se estableció en el año 2003

como la Agencia de ETS de la Comunidad de Madrid con el fin de generar información científica para la toma de decisiones en dicho sistema sanitario ⁽¹⁵¹⁾. Dicha Agencia se encuentra enmarcada dentro de la Agencia Laín Entralgo, organismo de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid encargado de llevar a cabo una adecuada promoción, ordenación, coordinación, gestión y evaluación de actividades relacionadas con la formación de los profesionales sanitarios.

De acuerdo a la información localizada, UETS elabora IE y GPC. En el momento de nuestro estudio la Agencia estaba formada por diez personas además de un número variable de consultores externos.

4.1.1.6.- Finlandia

La cultura de ETS se instauró en Finlandia en 1980, cuando universidades e institutos nacionales de investigación se dedicaban a la elaboración de documentos basados en la evidencia científica. La difusión de estos informes hizo que pronto los profesionales y gestores sanitarios encontraron en ella una herramienta útil para su trabajo ^(152, 153). Sin embargo, la institucionalización de la ETS en Finlandia no tuvo lugar hasta mediados de los 90, con la creación de una Agencia nacional.

- **FinOHTA** (Finnish Office for Health Care Technology Assessment)⁽⁸¹⁾. <http://www.stakes.fi/finohta/> Fue creada en 1995 como Agencia estatal adscrita al Stakes, Centro Nacional de Investigación y Desarrollo para el Bienestar y la Salud. Como organismo responsable de la ETS a escala nacional, su misión consiste en elaborar, agrupar, evaluar y diseminar el conocimiento científico en torno a la ETS. Además, se establece como sede del Centro Nórdico Cochrane, lo que la convierte en uno de los centros de referencia nacional en el conocimiento científico. La producción de Finohta se centra en la elaboración de IE (“Finohta Reports”), CT (“Rapid Reviews”), además de colaborar en la elaboración de informes Cochrane. En la actualidad la Agencia cuenta con 28 personas a tiempo completo, además de la participación de 10 consultores externos.

4.1.1.7.- Francia

El interés por la ETS surge en Francia desde los primeros años de la década de los setenta. En estas fechas, y tras la creación de la “carta sanitaire”, surge un movimiento a nivel nacional que promueve la racionalización en la toma de decisiones a través de la elaboración de estudios de costo-efectividad ⁽¹⁵⁴⁾.

En respuesta a ello, en 1982 surge el Comité d'Évaluation et de Diffusion des Innovations Technologiques (CEDIT). Se trataba de un organismo asesor que evaluaba la efectividad de las nuevas tecnologías antes de su posible incorporación en hospitales y centros asistenciales.

Tras el éxito de esta primera iniciativa, en 1989, el gobierno establece su primera Agencia nacional, ANDEM. El objetivo de esta nueva institución era proporcionar evidencia científica al Ministerio de Sanidad ^(155, 156).

A pesar de la contribución ANDEM a la difusión de la ETS, desde el ámbito hospitalario sus estudios no llegaban a ser aplicados en el ámbito hospitalario. Por esta razón, el gobierno endureció la regulación de estableciendo una nueva Agencia en 1996. A través de la reforma sanitaria de este año, 1996, la llamada reforma de Juppé, crea un nuevo organismo, el ANAES (Agence Nationale d'Accreditation et d'Evaluation en Sante) como el sucesor de ANDEM.

El impacto de esta nueva Agencia fue muy importante y pronto la cultura de ETS se propagó a otras organizaciones tales como hospitales, o Departamentos de Salud Pública en Facultades de Medicina.

En el año 2004, Francia vivió una nueva reforma sanitaria, que se reflejó en el ámbito de la ETS con la creación un año más tarde, en 2005, de la Haute Autorité de Santé (HAS).

Esta nueva Agencia se creaba a partir de la fusión de ANAES con otros organismos sanitarios, unificando y centralizando todas las actividades llevadas a cabo hasta el momento.

En la actualidad Francia cuenta con dos Agencias de ETS, una de ámbito estatal y otra de ámbito hospitalario:

- **HAS** (Haute Autorité de Santé) ⁽⁸⁴⁾. <http://www.has-sante.fr> Se constituyó en 2005, como órgano consultivo de asesoramiento científico independiente, fruto de la fusión de la ANAES, el Comité de Transparencia y el Comité para la Evaluación de Dispositivos y Tecnologías de la Salud. En la actualidad evalúa medicamentos, dispositivos médicos y procedimientos terapéuticos. Fruto de estas evaluaciones HAS elabora los siguientes documentos: IE (“Etude d’évaluation des technologies de santé”), CT (“Synthèse d'avis”), FT (“Fiche bon usage”) y GPC. La Agencia está compuesta por 11 personas, además de la participación de 225 colaboradores.
- **CEDIT** (Comité d’Évaluation et de Diffusion des Innovations Technologiques) ⁽⁷⁶⁾. http://cedit.aphp.fr/english/index_present.html Se creó en 1982 con el fin de ayudar en la toma de decisiones a los hospitales de París. En la actualidad se encarga de la formulación de recomendaciones para la gerencia de dicho grupo ⁽¹⁵⁷⁾. Además, forma parte del Departamento de Actividades Médicas, cuya misión es analizar las estrategias encaminadas a la prestación de servicios dentro del ámbito hospitalario. Producto de su actividad se elaboran los IE (“CEDIT Report”). La Agencia está compuesta por 11 personas además de un número variable de colaboradores.

4.1.1.8.- Holanda

Durante la década de los sesenta, Holanda se vio sometida a un importante incremento del coste sanitario: las instituciones hospitalarias aumentaron el número de nuevas

instalaciones y personal sin ningún tipo de coordinación. Como consecuencia de este aumento presupuestario, desde los años ochenta el Ministerio se vio obligado a implantar una serie de políticas de fomento, muchas de ellas enmarcadas en la cultura de ETS. Como resultado de las medidas tomadas, universidades, institutos de investigación, organismos gubernamentales, etc., comenzaron a llevar a cabo medidas correctoras y de evaluación.

Con el tiempo, todos estos cambios acabaron creando una fuerte tradición en el uso adecuado de tecnologías médicas. Además, las fuertes estrategias de difusión e implementación empleadas para ello acabaron creando un grupo de usuarios definido y estable: gestores hospitalarios, clínicos y pacientes ^(158, 159).

La concienciación de una cultura de ETS trajo consigo, a partir del año 2000 su institucionalización. Así en el año 2001, se creó la primera Agencia nacional para todo el país.

- **ZonMw** (Nederlandse Organisatie voor Gezondheidsonderzoek en Zorginnovatie/ Netherlands Organisation for Health Research and Development) ⁽⁹⁸⁾. <http://www.zonmw.nl> Creada en 2001 y financiada por el Ministerio de Salud, es una organización nacional que promueve la calidad y la innovación en la investigación y la atención de la salud (160). Dos son los productos que esta Agencia elabora; IE (“HTA Rapporten”) y FT (“Early Warning”). La Agencia, en el momento del estudio contaba con 17 personas, además de un total de 225 consultores externos.
- **CVZ** (College voor Zorgverzekeringen) ⁽⁹⁸⁾. <http://www.cvz.nl/> Inaugurado en 2001, se trata de una organización administrada por el ZonMW. Participa en la evaluación de nuevas propuestas desde la perspectiva de seguros: administración de seguros de enfermedad, financiación de aseguradoras y supervisión de gastos sanitarios. Cuenta con 11 personas en plantilla, así como consultores (variable).

- **GR** (Gezondheidsraad) ⁽⁸³⁾. <http://www.gezondheidsraad.nl/> La historia del Consejo de Salud de los Países Bajos (Gezondheidsraad) se remonta a 1902 como órgano de consulta de gobierno independiente. En la actualidad es un centro independiente financiado por el gobierno, responsable del asesoramiento sanitario en temas relacionados con la salud pública a través de la elaboración exclusiva de IE (“HTA reports”). En el momento de nuestro estudio contaba con 25 personas, además de más de 200 consultores externos.

4.1.1.9.- Irlanda

Durante las década de los setenta, este sistema sanitario, una mezcla de servicio sanitario universal y gratuito y un sistema privado de pago, experimentó un rápido crecimiento de los costes sanitarios, que se extendió hasta la primera mitad de los años ochenta.

En 1987, el gasto sanitario había aumentado de tal modo que el gobierno se vio obligado a crear una Comisión de Financiación sanitaria, con el fin de recortar gastos. Producto de todas estas reformas Irlanda refleja un período de consolidación y posterior expansión. Gracias a una nueva estrategia de salud llevada a cabo en 2007, finalmente se introdujo un sistema formal de ETS en Irlanda.⁽¹⁶¹⁾

- **HIQA–HIQA** (Health Information and Quality Authority)⁽⁸⁵⁾ <http://www.higa.ie/about.asp>. Creada en 2007 como parte del programa gubernamental de reforma sanitaria, en la actualidad es el organismo responsable de impulsar la calidad, la seguridad, y uso adecuado de los recursos, ya sea por organismos públicos o privados. Está constituida por cinco investigadores y un documentalista. El número de consultores que participan en proyectos es variable. En el momento de nuestra consulta esta Agencia elaboraba dos tipos de documentos; los IE (“HTA report”) y las GPC (Guidelines), además de guías metodológicas e información para pacientes.

4.1.1.10.- Italia

Desde la década de los ochenta, Italia se vio sumida en un incremento del gasto sanitario, lo que obligó al Estado a reducir el déficit público a través de una estrategia de evaluación de los costes. Esta iniciativa, llevada a cabo a través del Instituto Nacional de Salud supuso el inicio de la ETS. Sin embargo la estructura estatal descentralizada del país (el estado tenía poderes limitados, mientras que las regiones, tenían pocos incentivos para contener el gasto), hicieron estas medidas inefectivas.

Una década más tarde, surgieron nuevas iniciativas, esta vez desde el ámbito regional. A lo largo de la década de los noventa, surgieron diversas Agencias de ETS, cada una de ellas especializada en un campo concreto de la ETS; así El Centro per la Valutazione di Tecnologie e Miglioramento della Qualità in Assistenza Sanitaria, en Veneto fue creado como centro de intercambio de información nacional e internacional, mientras que el Instituto Mario Negri, en Milán, se centró en el desarrollo y difusión de métodos y herramientas de síntesis. Fue en este Instituto donde un año más tarde, se creó la sede del centro Cochrane italiano. Los objetivos de este se centraban en crear una mayor sensibilidad a la ETS en los diferentes agentes de salud y sus organizaciones.

Al establecimiento de estos centros especializados, se añadieron una serie de incentivos por crear y fomentar una cultura de ETS en el país. En este sentido, la creación de un master oficial contribuyó significativamente a una mayor sensibilización de la ETS.

El salto al ámbito nacional se produjo en el año 2006. Dos fueron los acontecimientos que marcaron este salto; la instauración de un Plan de Nacional de Salud y la creación de una sociedad nacional en el ámbito de la ETS. La ETS se menciona por primera vez en el Plan Nacional de Salud 2006-2008. Tras este reconocimiento, se dio a L'Agencia Nazionale per i Servizi Sanitari (AGENAS) la tarea de apoyar a las regiones para el desarrollo de ETS, en relación con el Ministerio de Salud nacional^(162, 163). El proceso de

institucionalización y consolidación de la ETS en Italia se vio culminado con la creación de la Sociedad Italiana de ETS.

De todos los centros relacionados con la ETS, en la actualidad, sólo dos Agencias pertenecen a la Red INAHTA.

- **A.ge.-nas:** (L'Agencia Nazionale per i Servizi Sanitari) ⁽⁹²⁾ <http://www.agenas.it/>
Organismo público fundado en 1993, como órgano técnico de apoyo del Ministerio del Ministerio de Salud. Los objetivos de la Agencia son promover la innovación y la calidad sanitaria a través de la evaluación de costos y la eficacia de los servicios. No se ha podido localizar la información sobre los productos que elabora.
- **UVT** (Unità di Valutazione delle Tecnologie) ⁽¹⁰⁵⁾.
<http://www.policlinicogemelli.it/area/?s=206>. Se estableció en 2001 en el Hospital Agostino Gemelli de la Universidad, como organización privada, sin fines de lucro acreditado por el Sistema Nacional de Salud. Su misión es proporcionar información para la gestión y la práctica hospitalaria. Para ello elabora los "HTA reports". Esta unidad está formada por un total de 10 personas además de consultores que de modo esporádico, participan en la elaboración de informes.

4.1.1.11.- Lituania

Al contrario que otros países europeos, la ETS en Lituania surge por una influencia venida del exterior ⁽¹⁶⁴⁾; A lo largo de 1993 se llevaron a cabo en el país una serie de conferencias, tanto de ámbito nacional como internacional, relacionadas con la ETS, de modo que acabaron por crear una conciencia de ETS en el país. Finalmente, en 1994, se aprobó una ley sanitaria, por la que las ETS eran reguladas. Producto de esta ley se creó una Agencia de ETS a nivel gubernamental, la Valstybinė Akreditavimo Sveikatos Priežiūros Veiklai (VASPT). Si bien esto supuso un gran avance para el desarrollo de la ETS, la falta de una estrategia adecuada hizo que esta iniciativa acabase fracasando.

En 1999 el Ministerio de Salud creó un nuevo programa, esta vez más estructurado. Se trataba de un enfoque sumamente novedoso con respecto a otras Agencias creadas hasta entonces, dirigidas a la elaboración de evaluación. En este caso, la mayor parte de las actividades estaban relacionadas con la formación y la creación de una biblioteca de MBE en el país, con el fin de crear una masa crítica en el campo de la ETS.

En 2001, se estableció una organización privada independiente de ETS, que proporcionaba asesoramiento en forma de IE a instituciones sanitarias del Estado. Lamentablemente, debido a la ausencia de recursos financieros, esta actividad no fue muy exitosa.

Finalmente, en 2008, el Ministerio de Sanidad pidió la acreditación de servicios de salud para coordinar las actividades de ETS en el país, constituyéndose así como Agencia nacional ⁽¹⁶⁴⁾.

- **VASPVT** (Valstybinė Akreditavimo Sveikatos Priežiūros Veiklai) ⁽¹⁰²⁾. <http://www.vaspvt.gov.lt/> Institución gubernamental dependiente del Ministerio de Salud, responsable de la organización de la ETS a nivel nacional. En el momento del estudio, la Agencia estaba formada por dos personas adscritas a la unidad, así como cinco consultores que participan en la elaboración de estos informes y cuatro documentalistas. No se ha podido localizar información sobre su tipología documental.

4.1.1.12.- Noruega

Al igual que en muchos otros países, la implantación de la ETS en Noruega fue ejecutada en varias fases, como a continuación exponemos:

En los años ochenta comenzó a surgir en Noruega una preocupación entre gestores y clínicos por la variabilidad asistencial existente. Como consecuencia de ello, a mediados de esta década, el Norwegian Medical Research Council, principal organismo sanitario,

empezó a organizar conferencias de consenso, como ya habían hecho los Institutos Nacionales de la Salud en Estados Unidos en los años setenta. Este fue el origen de la ETS.

La segunda fase de la ETS se produjo en 1993 con la creación del Centro Nórdico Cochrane, en Copenhague. La aparición de este centro, no sólo tuvo una gran influencia entre los investigadores del Instituto de Salud Pública de Noruega, sino que facilitó la creación de una cultura de ETS a lo largo de la década de los noventa.

Producto de esta nueva cultura, en 1995, el Ministerio de Sanidad designó a un grupo de trabajo para debatir la institucionalización la ETS. Se decidió establecer una Agencia dentro de una fundación de investigación independiente, SINTEF. El establecimiento del Senter para Medisinsk Metodevurdering supuso el comienzo de la primera y única Agencia de ETS en Noruega. Las funciones de este centro eran evaluar la eficacia del servicio de salud noruego, en estrecha cooperación con servicios clínicos, centros de investigación y autoridades sanitarias^(165, 166).

En 2004 el centro fue sometido a una reorganización. En esta organización se incluyeron; una división de la Dirección de Salud y Asuntos Sociales, que incluye la sección noruega del Centro de la Colaboración Cochrane Nórdico, un instituto de investigación (HELTEF) dedicado a las encuestas de satisfacción del paciente y medidas de calidad. Más tarde, se estableció una biblioteca virtual sanitaria, la secretaría de la Colaboración Campbell y una unidad de seguridad de los pacientes fueron incluidas. El nuevo Centro pasó a denominarse “Norwegian Knowledge Centre for the Health Services” (NOKC).

- **NOKC** (Norwegian Knowledge Centre for Health Services)⁽¹⁰⁰⁾. <http://www.kunnskapssenteret.no/home> Se creó en 2004 a partir de la fusión del Norwegian Knowledge Centre for Health Services, la División de Gestión del Conocimiento y la Fundación para la Salud Servicios de Investigación. Producto de unión, en la actualidad el centro está organizado en siete grupos: 1) encuestas

sobre experiencias de pacientes; 2) centro de intercambio de información para indicadores de calidad; 3) desarrollo de recursos de apoyo a la decisión; 4) difusión y apoyo metodológico de la Colaboración Campbell; 5) difusión y apoyo metodológico de la Colaboración Cochrane; 6) biblioteca electrónica de salud noruega; y 7) difusión y análisis coste-beneficio.

En la actualidad esta Agencia se configura como una de las más fuertes en lo que a personal se refiere ya que cuenta con 100 consultores y 10 documentalistas.

4.1.1.13.- Polonia

En 1989, Polonia vivió la caída del comunismo y con ello la desaparición del modelo sanitario de Semashko. Estos cambios supusieron al país una modernización del sistema de salud y con ello un importante crecimiento del gasto sanitario, que se vieron prolongados durante los primeros años de la siguiente década.

A finales de los años noventa, la situación comenzó a hacerse insostenible. Producto de ello, comenzaron a desarrollarse una serie de talleres y seminarios en torno a la ETS, que concienciaron a las autoridades sanitarias y con ellos la puesta en marcha de dos importantes iniciativas. La primera fue la creación de una serie de directrices nacionales basadas en la evidencia científica ayudaron a reducir enormemente la variabilidad clínica existente en este momento y fueron determinantes para la instauración de la ETS en este país. La segunda gran iniciativa fue la constitución de un “Centro Nacional de Evaluación de Calidad en el cuidado sanitario”. La constitución de este centro es considerado como el inicio de la ETS en Polonia, sin embargo hubo otros factores que ayudaron al desarrollo de este movimiento.

A pesar de todos estos avances, Polonia tuvo que esperar hasta el año 2004 para la creación de una Agencia nacional. En 2005, el Ministro de Salud firmó un decreto por el que se establecía la Agencia de ETS en Polonia (AHTAPol) ⁽¹⁶⁷⁾.

- **AHTAPol** (Agencji Oceny Technologii Medycznych) ⁽⁶⁸⁾. <http://www.aotm.gov.pl>
Agencia financiada por el Ministerio de Salud desde 2005, como órgano consultivo de apoyo en la toma de decisiones. Cuenta con 21 personas en la Agencia, además de un número variable de consultores. Hasta 2007, estos no tenían requisitos específicos respecto a su preparación, por lo que eran adaptados a modelos extranjeros. Finalmente se creó un modelo similar al utilizado en Canadá. En la actualidad se centra en la elaboración de IE (“Wytyczne Oceny Technologii Medycznych AOTM”).

4.1.1.13.- Reino Unido

Desde los años ochenta el sistema de salud inglés ha visto como se producía un el envejecimiento de la población al mismo tiempo que aumentaba la introducción de nuevas tecnologías sanitarias. Estos dos elementos condujeron a un importante aumento de costes sanitarios, y sus consiguientes problemas de gestión.

Producto de esta situación, en los años ochenta y desde diferentes ámbitos (industria, universidades, institutos de investigación) surgieron grupos de trabajo que comenzaron a utilizar la ETS como una herramienta para mejorar la calidad de la atención sanitaria ⁽¹⁶⁸⁻¹⁷⁰⁾. Si bien estas iniciativas supusieron un gran avance, por cuanto la ETS se incorporó a la política sanitaria, se trataban de propuestas independientes y aisladas, sin un organismo coordinador al frente.

A partir de los años noventa, comenzaron a surgir organismos institucionales con funciones de coordinación. Así, en 1996 se creó un organismo a nivel nacional, el National Coordinating Centre for Health Technology Assessment, en estrecha colaboración con el Centre for Reviews and Dissemination y el Centro Cochrane UK.

- **CRD** (Centre for Reviews and Dissemination) ⁽⁷³⁾. <http://www.york.ac.uk/inst/crd/>
Se creó en 1994 para proveer un sistema sanitario de información sobre efec-

tividad de intervenciones sanitarias. En la actualidad se constituye como un Departamento de la Universidad de York y es parte del National Institute for Health Research. Es el responsable de proporcionar información sobre la efectividad de tratamientos. El centro está compuesto por 27 investigadores y 6 documentalistas, estructurados en tres equipos: comentarios, difusión e información. Este organismo se centra en la elaboración de IE (“HTA reports”).

Este centro ha sido pionero en el campo de la difusión de ETS, con la creación, en colaboración con la INAHTA, de tres bases de datos especializadas en RS ⁽¹⁷¹⁾. Además de la base de datos HTA, cuenta con la Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (DARE), que sintetiza RS, identificadas mediante búsquedas en las principales revistas médicas y bases de datos bibliográficas. En la base de datos de evaluación económica del NHS (NHS EED) se incluyen resúmenes de artículos sobre evaluaciones económicas en atención sanitaria (171).

- **NHSC** (National Horizon Scanning Centre)⁽⁹⁷⁾. <http://www.haps.bham.ac.uk/publichealth/horizon/> Unidad creada en 1998 por la Dirección de Investigación y Desarrollo del Departamento de Salud inglés, en colaboración con el Departamento de Salud Pública y Epidemiología de la Universidad de Birmingham. Tiene por objeto la notificación de tecnologías nuevas y emergentes al Departamento de Salud y el Servicio Nacional de Salud a través de la elaboración de FT (“Technology Briefings”). Asimismo, ocupa la secretaría de EuroScan ⁽¹⁷²⁾. En el momento de nuestro estudio estaba compuesto por 21 personas, además de consultores que participan en la elaboración de los informes.
- **NCCHTA** (National Coordinating Centre for Health Technology Assessment) ⁽⁹⁶⁾ <http://www.hta.ac.uk/>. Fue creado en 1996 para apoyar el programa de ETS financiado por el Departamento de Salud. Tres son las funciones que este centro realiza; proporciona evidencias para la ayuda en la toma de decisiones ofrece información para la priorización de temas de investigación, y difunde los resultados a los decisores en el Servicio de Salud. Producto de todo ello podemos

encontrar IE (“HTA Technology Assessment Report”) y CT. El staff de este organismo está compuesto por un total de 90 personas.

- **NHS QIS** (National Health System Quality Improvement Scotland)⁽⁹⁹⁾. <http://www.nhshealthquality.org> Este centro nació en el año 2000 como una junta especial de ETS del Servicio de Salud escocés. En 2003 se fusionó con otras organizaciones para formar la actual institución. A partir del año 2005, el centro se vio ampliado con la incorporación y/o participación de 3 reconocidos centros; la Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), organismo clave en el ámbito internacional en el desarrollo de GPC, el Scottish Medicines Consortium y el Consejo de Salud de Escocia. En abril de 2011 y con el fin de simplificar la estructura existente, se ha visto modificada hasta crear el HIS (Health Improvement of Scotland).

El staff de este organismo está compuesto por un total de 19 personas. Este organismo se centra en la elaboración de IE (“HTA reports”), CT (“Consultation Report”) y GPC.

4.1.1.14.- Suecia

Suecia tiene un sistema administrativo muy descentralizado, repartido en 24 consejos de condado. Si bien el Ministerio de Salud es el encargado de desarrollar de guías, servicios y procedimientos, los consejos son los responsables de la prestación sanitaria⁽¹⁷³⁾. Es en este ámbito, y con el fin de proveer de información científica, donde surge la ETS en Suecia.

Su origen lo encontramos en 1968, fecha en la que el Gobierno y las diputaciones provinciales establecieron un organismo independiente, el Swedish Planning and Rationalisation Institute, con el fin de hacer frente a la eficacia de los servicios de salud. La metodología de trabajo de esta organización, supuso un primer acercamiento a la

ETS, por cuanto se basaban en la evaluación costo-eficacia de las tecnologías implantadas en el país.

Un segundo paso para el establecimiento de la ETS en Suecia se produjo durante los primeros años de la década de los ochenta. En estas fechas se constituyó un grupo de colaboración, el Nordic Evaluation of Medical Technology, con el fin de trabajar en la difusión y uso adecuado de tecnologías sanitarias. Si bien los trabajos realizados fueron pocos, todos estos esfuerzos llevaron a establecer un Centro de Evaluación de Tecnología Médica Evaluación en el ámbito universitario, el Centrum för Utvärdering av Medicinsk Teknologi (CMT) en 1984, centro que se mantiene activo hoy en día.

El gran salto al ámbito nacional, se produjo en 1985. En este año se decidió llevar a cabo una estrategia nacional en torno a la ETS. Producto de esta reorganización, en 1987, se creó un Consejo nacional de Evaluación de Tecnologías, el Statens Beredning för Medicinsk Utvärdering (SBU) con el fin de proporcionar información para asesorar políticas, pero no tenía función reguladora ⁽¹⁷⁴⁾.

- **SBU** (Statens Beredning för Medicinsk Utvärdering/Swedish Council on Technology Assessment in Health Care) ⁽¹⁰³⁾. <http://www.sbu.se/en/> Establecido en 1987, fue el primer organismo de este tipo creado en Europa. Desde 1992 es la Agencia nacional para la ETS. Sus funciones principales son evaluar la eficacia de la atención sanitaria y los costes que ello supone a escala nacional ^(173, 175). En la actualidad cuenta con 50 personas además de 300 consultores. En el momento de nuestro estudio, la Agencia elaboraba tres tipos de documentos; los IE (“Yellow repporten”), las CT (“vita rapporter”) y las FT (“SBU Alert”).

4.1.1.15.- Suiza

Al igual que en otros sistemas sanitarios ya estudiados, el sistema suizo es complejo, con una responsabilidad compartida entre la Confederación y los 26 cantones que los

conforman. Mientras que el gobierno federal está facultado para las directrices generales y la financiación de programas, cada uno de los cantones que lo conforman se rigen por sus propias leyes, lo que hace difícil establecer una línea común de trabajo.

La década de los setenta en Suiza se caracterizó, no sólo por una importante presión de los costes sanitarios, sino también por un aumento de nuevos desafíos en los servicios de salud. Por esta razón, pronto los diferentes departamentos cantonales sanitarios decidieron crear una Secretaría permanente responsable de la coordinación para la toma de decisiones a nivel nacional. Estas actividades se desarrollaban en colaboración con universidades y hospitales universitarios, lo que permitió una transferencia de conocimientos entre universidades, hospitales e industria privada. Pero, si bien existía una coordinación entre los diferentes cantones las actividades de ETS no estaban centralizadas, y los programas se desarrollaron en diferentes niveles de la toma de decisiones, investigación y práctica.

El desarrollo de una red suiza con varios socios de diferentes entornos se produjo en 1999 con la creación de una Agencia a nivel nacional. ^(176, 177)

- **MTU SFOPH** (Medical Technology Unit- Swiss Federal Office of Public Health) ⁽⁹⁵⁾. <http://www.snhta.c> Se creó en 1960 en calidad de órgano asesor y desde 1980 es la responsable de evaluar la tecnología para el seguro de enfermedad. En 1999 se produjo una reorganización de la unidad, pasando a depender de la División de Seguro de Enfermedad. El staff de este organismo está compuesto por un total de 6 personas, además de un total de 60 consultores. Esta Agencia se centra en la elaboración de IE (“HTA Reports”) y FT (“Horizon Scanning”).

Tabla 2: Principales características de las Agencias de ETS en Europa.

PAÍS	AGENCIA	AÑO	DEPENDENCIA	PERSONAL			PRODUCTOS						
				INV	DOC	CE	IE	CT	-	-	-	-	-
Alemania	DIMDI	2000	Nacional	4	1	nº variable	IE	CT	-	-	-	-	-
	IQWiG	2004		-	-	-	IE	CT	-	-	-	IP	-
Austria	GOG	2006	Nacional	146			IE	CT		-	-	-	-
	LBI HTA	2006		10	-	nº variable	IE	CT	-	-	-	-	-
Belgica	KCE	2002	Nacional	40			IE	CT	-	GPC	-	-	-
Dinamarca	DACEHTA	1997	Nacional	10	-	nº variable	IE	-	FT	-	DM	-	otros
	DSI		Nacional	50	-	nº variable	IE	-	-	-	-	-	-
España	AETS	1994	Nacional	36	-	80 CE	IE	-	FT	-	-	-	otros
	AETSA	1996	Regional	23	2	nº variable	IE	CT	FT	GPC	-	IP	otros
	AIAQS	1991	Regional	52	2	150	IE	CT		GPC	-	-	otros
	Avalia-t	1999	Regional	8	2	nº variable	IE	CT	-	GPC	DM		otros
	Osteba	1992	Regional	6	-	80 CE	IE	CT	FT	-	DM		-
	UETS	2003	Regional	10	-	nº variable	IE	-	-	GPC	-	-	-
Finlandia	FinOHTA	1995	Nacional	28	-	10	IE	CT	-	-	-	-	otros
Francia	CEDIT	1982	Regional	11		nº variable	IE	-	-	-	-	-	-
	HAS	2005	Nacional	11	-	225 CE	IE	CT	FT	GPC	-	-	-
Holanda	CVZ	2001	Nacional	11		nº variable	IE	CT	-	-	-	-	otros
	GR		Nacional	25		200 CE	IE	-	-	-	-	-	-
	ZonMw	2001	Nacional	17		225 CE	IE		FT	-	-	-	-
Irlanda	HIQA	2007	Nacional	5	1	nº variable	IE	-	-	GPC	DM	IP	-
Italia	A.ge.nas	1993	Nacional				-	-	-	-	-	-	-
	UVT	2011	Regional	10		nº variable	IE	-	-	-	-	-	-
Lituania	VASPV		Nacional	2	4	5	-	-			-		
Noruega	NOKC	2004	Nacional	100	10	100	IE	CT	FT	-	-	IP	otros
Polonia	AHTAPoI	2005	Nacional	21		nº variable	IE	-	-	-	-	-	-
Reino Unido	CRD	1994	Nacional	27	6	-	IE	-	-	-	DM	-	-
	NCCHTA	1996	Nacional	90	-	-	IE	CT	-	-	-	-	-
	NHS QIS	2000	Nacional	19	-	-	IE	CT	-	GPC	-	-	-

	NHSC	1998	Nacional	21		nº variable	-	-	FT	-	-	-	-
Suecia	SBU	1987	Nacional	50	-	300	IE	CT	FT	-	-	-	-
Suiza	MTU		Nacional	6	-	60 CE	IE	-	FT	-	-	-	-
	SFOPH												

CE: Consultores externos

CT: Consultas Técnicas

DM: Documentos metodológicos

Doc: Documentalistas

FT: Fichas Técnicas

GPC: Guías de Práctica Clínica

IE: Informes de Evaluación

IP: Información para Pacientes

4.1.2- NORTEAMÉRICA

La aparición y desarrollo de la ETS en Norteamérica (Canadá, Estados Unidos y México) se ha producido de un modo escalonado.

El origen de la ETS se encuentra en 1965 en la Cámara de Representantes de Estados Unidos ⁽¹⁾, fecha en la que se acuñó este término. Fue también en Estados Unidos donde surge la primera ley de ETS; en 1972 en este año el Congreso de Estados Unidos adoptaba una ley que preveía la creación de la OTA, con el fin de asesorar a los congresistas sobre las posibles consecuencias de la introducción y desarrollo de nuevas tecnologías ⁽²⁾.

Si bien la creación de la ETS la podemos encontrar en los años setenta, los años se caracterizan por la creación de las primeras Agencias nacionales, tanto en Estados Unidos, Canadá o México.

En la actualidad Norteamérica cuenta con 7 Agencias pertenecientes a la INAHTA, que son las que se presentan a continuación:

4.1.2.1.-Canadá

La historia de la ETS en Canadá refleja el carácter descentralizado del sistema sanitario del país. Sus raíces surgen en 1988 a un ámbito provincial, en Quebec, con la creación del Conseil d'Evaluation des Technologies de la Sante, hoy conocida como Agence des Technologies et des Modes Intervention en Sante (AETMIS) ⁽¹⁷⁸⁾.

En la misma época, 1989, se crea la Canadian Coordinating Office of HTA (CCOHTA) rebautizado en 2006 como Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH). Se constituía como una corporación pública sin ánimo de lucro gobernada por los ministerios federales, provinciales (13 representantes de las provincias) y territoriales

de salud, con el fin de garantizar el uso apropiado de tecnologías. Esta se constituyó como la segunda Agencia de ETS en el mundo.

Desde esta fecha y a lo largo de la década de los noventa, se sucedió la creación de otras Agencias de ámbito provincial (British Columbia Office of Health Technology Assessment en 1990; HTA Unit of the Alberta Heritage Foundation for Medical Research en 1996...) Este importante crecimiento propició un entorno favorable para el desarrollo de la ETS En el país.

La labor realizada por la CCOHTA durante todos estos años logró controlar el uso adecuado de las tecnologías existentes, sin embargo no contaba con ningún sistema que evaluase tecnologías emergentes antes de su introducción en el sistema sanitario. Por esta razón, en 1998, se puso en marcha el Canadian Emerging Technology Assessment Programme, cuyos objetivos eran producir y difundir información sobre tecnologías nuevas y emergentes ⁽¹⁷⁹⁾.

En 2006, se produjo una remodelación de la CCOHTA. La nueva Agencia, ahora llamada Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH), se configuraba de este modo como la Agencia nacional de ETS para todo el país.

En la actualidad, Canadá cuenta con una estructura federal integrada por una serie de Agencias subnacionales (Agence d'Évaluation des Technologies et des Modes d'Intervention en Santé (Quebec), Institute for Clinical Evaluations Sciences (Ontario), Manitoba Centre for Health Policy (Manitoba), Health Services Utilization and Research Commission (Saskatchewan), Alberta Heritage Foundation for Medical Research (Alberta), British Columbia Office of Health Technology Assessment (British Columbia).

Todas estas Agencias están coordinadas por un organismo estatal, la CADTH, responsable de la producción, coordinación y difusión de la información generada en torno a la ETS. Bajo el paraguas de esta organización se encuentran otras seis Agencias:

De las seis Agencias mencionadas, tan solo tres pertenecen a la red INAHTA y, por lo tanto, son objeto de nuestro estudio:

- **AETMIS** (Agence d'Évaluation des Technologies et des Modes d'Intervention en Santé) ⁽¹⁸⁰⁾. <http://www.aetmis.gouv.qc.ca>. Fue creada por el Gobierno de Quebec en 1988 como organización independiente, con el objetivo de ayudar a la toma de decisiones en ETS. En la actualidad cuenta con 54 personas (14 personal fijo y 40 consultores). Esta Agencia se centra en la elaboración de IE, (ETMIS; Evaluation des Technologies et des Modes d'Intervention en Santé).
- **CADTH** (Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health) ⁽⁷¹⁾. <http://www.cadth.ca/> Fue establecida como organismo permanente federal de Canadá en 1994, y en la actualidad ejerce como Agencia nacional para la adopción y uso de medicamentos y otras tecnologías y para la coordinación de actividades de ETS en todo el país. Está constituida por un total de 147 personas. La Agencia se centra en la elaboración de IE ("HTA Report"), CT ("Rapid reviews") y FT ("Emerging technology").
- **MAS** (Medical Advisory Committee) ⁽⁹⁴⁾. http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/mas/mas_about.html División del Ministerio de Salud de Ontario, su principal objetivo es el asesoramiento y coordinación de nuevas intervenciones para el sistema sanitario y otros organismos gubernamentales. Además de elaborar los productos propios de las Agencias, IE ("Ontario Health Technology Assessment Series") y CT ("rapid reviews"), lleva a cabo la creación de un espacio dedicado a la ciudadanía ("public information").
- **IHE** (Institute for Health Economics). <http://www.ihe.ca/> ⁽⁸⁹⁾ Fundado en 1996, es una organización sin fines de lucro. Se constituye como centro de excelencia en las áreas de economía de la salud ya que proporciona análisis económicos a través de evaluaciones comparativas para el Gobierno de Alberta. Asimismo el Instituto funciona como Secretaría de la HTAi. Está constituida por un total de 11

investigadores y 2 documentalistas. Dos son los productos que elabora; los IE (“HTA Report”) y las GPC (“Consensus development conference”).

4.1.2.2.-Estados Unidos

El origen de las ETS en este país se remonta a 1972 con la creación de la OTA, organización auspiciada por el Congreso norteamericano, cuya misión fue llevar a cabo evaluaciones de carácter informativo para la toma de decisiones por los comités del Congreso. La OTA fue clausurada en 1995.

En 1978 las autoridades sanitarias establecieron un segundo organismo con fines informativos, el "National Center for Health Care Technology". Sus funciones incluían proporcionar información a centros sanitarios, gobiernos estatales y Agencias locales sobre cuestiones relativas a la financiación sanitaria, priorización en la investigación y desarrollo de metodologías relativas a criterios de seguridad y eficacia. Este organismo consiguió sobrevivir sólo 3 años, debido a la presión de organizaciones e industria sanitaria.

Con la desaparición del NCHCT, en 1989 se creó un nuevo centro, la Office of Health Technology Assessment (OHTA), organismo del National Center for Health Services Research (centro nacional de investigación). Su función era asesorar sobre la posible inclusión de nuevas tecnologías en el marco del programa de Medicare, a través de la elaboración de documentos de consenso, que al mismo tiempo se nutrían de la revisión de la literatura, las encuestas de otros organismos, e información proporcionada por la industria y otras partes interesadas del sector privado.

En 1999 el Congreso llevó a cabo una redefinición del mismo. Fruto de todo ello, la nueva Agencia, ahora conocida como Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), trataba de ampliar el concepto de investigación basada en la evidencia, incluyendo la evaluación del costo y el uso de los servicios de salud.

En la actualidad, la cantidad de organizaciones relacionadas con la ETS la convierten en un sistema descentralizado, fragmentado y duplicado. En consecuencia, las ETS tienen aquí mucho mayor impacto que en otros países. La financiación sanitaria en Estados Unidos posee una estructura ciertamente compleja en la que intervienen diferentes actores; los organismos públicos, la industria y los hospitales^(181, 182).

La industria desempeña un papel clave en el sistema ya que es uno de los principales financiadores de investigación. Si bien la industria sanitaria trabaja desde hace años en la ETS, estas empresas, sin embargo, revelan poca información de sus actividades y se limitan a examinar sólo sus productos patentados, con el fin de satisfacer sus propias necesidades organizativas, pero son raras las ocasiones en que ponen a disposición del público los documentos de ETS elaborados.

En el caso de los hospitales, cuentan con un sistema presupuestario en el que la adquisición de nuevas tecnologías requiere de una cierta supervisión que, de alguna manera, se puede identificar con las ETS. Estos centros disponen de comités especiales para realizar estas valoraciones.

Finalmente, los organismos públicos centrales forman parte de la red de Institutos Nacionales de Salud, que financian gran parte de la investigación. Al igual que en el anterior caso, cuentan con organismos evaluadores, que son los que se presentan a continuación.

- .. **AHRQ** (Agency for Healthcare Research and Quality) ⁽⁶⁹⁾. <http://www.ahrq.gov>
Esta Agencia fue creada en 1989 con la fin de asesorar al Medicare y Medicaid (principales seguros de salud de Estados Unidos) en la cobertura de nuevas tecnologías. En 1999, el Congreso la redefinió como Agency for Health Care and Quality, con el objetivo de ampliar el concepto de investigación para evaluar el costo y uso de servicios de salud. En la actualidad su misión es dar apoyo a los servicios de salud del país a todos los niveles a través de los siguientes programas: los Evidence-Based Practice Centres, (desarrollan los evidence reports o technology assessment), el National Guideline Clearinghouse (fuente de GPC),

los Centers for Education and Research on Therapeutics (Su misión es incrementar el control y uso de nuevos medicamentos, y productos biológicos), el US Preventive Task Force (Panel de expertos independiente del sector privado, cuyo objetivo es identificar necesidades de investigación) y el Technology Assessment (responsable de las evaluaciones para el Medicare). En el momento de nuestro estudio, esta Agencia declaraba tener 4 investigadores en su staff, pero no hay constancia de los consultores.

- .. **VATAP** (Veterans Affairs-Technology Assessment Program) ⁽¹⁰⁶⁾. <http://www.va.gov/vatap> Programa nacional dentro de la Office of Patient Care Services and Army Family formado en 1994 para ofrecer información basada en la evidencia en la toma de decisiones (dispositivos, medicamentos, procedimientos etc). Además de la participación de consultores, la Agencia está compuesta por 2 investigadores y 1 documentalista. Junto a los IE (“HTA Reports”) y CT (“Rapid Reviews”), elabora información dirigida a la ciudadanía (Patient Care Services).

4.1.2.3.- México

La historia de la ETS en México se remonta a finales de los años setenta. En estos años un grupo de médicos mexicanos, encabezados por el entonces decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma, decidió fortalecer la investigación en servicios. Como parte de este esfuerzo, se llevó a cabo en 1978 el "Seminario sobre Servicios de Salud investigación ", donde la ETS apareció por primera vez ⁽¹⁸³⁾.

Poco tiempo después, y fruto de estos esfuerzos, se creó un Departamento de Evaluación de Tecnologías de Educación para la Salud. Tal y como su nombre indica, el objetivo de este Departamento era evaluar los conocimientos y nivel de desarrollo de la ETS en el país. Los primeros estudios realizados mostraban que eran necesarios desarrollar criterios para regular la adquisición, uso y difusión de nuevas tecnologías médicas en México.

Todas estas conclusiones llevaron en 1984, a la creación de la Comisión Interinstitucional de Investigación en Salud. Su misión incluía la coordinación de los sectores salud y educación para racionalizar el proceso de investigación y desarrollo tecnológico.

En la década de 1990, la mayor parte de las actividades de ETS en México se desarrollaron en contextos académicos, como la elaboración de proyectos de investigación o la organización de seminarios. Estas propuestas sin embargo tuvieron un impacto modesto y a finales de la década, las iniciativas políticas desarrolladas en México se desvanecían.

El cambio de siglo fue particularmente propicio para la ETS. Muchos de los esfuerzos previos desarrollados en esta área fueron capitalizados por la nueva administración federal que asumió el cargo en 2000. En estas fechas se organizó un "Foro sobre Evaluación de Tecnologías Sanitarias" por la Fundación Médica Sur y el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología.

En 2001, se creó el primer Programa para la Evaluación y Gestión de Tecnología Médica, en el Instituto Mexicano de Seguridad Social. Finalmente, en 2004, el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC) fue creado como un organismo especializado del Ministerio de Salud con dos objetivos básicos: generar información pertinente y relevante para mejorar la prestación sanitaria y la implementación de políticas de salud, y racionalizar la adquisición, adopción, gestión y difusión de las tecnologías médicas en los niveles tanto local, regional como nacional.

- **IMSS** (Instituto Mexicano de Seguridad Social) ⁽¹⁸⁴⁾. http://www.imss.gob.mx/imss/imss_sitios/dpm/informacion/tecnologia/principali.htm Aunque el instituto fue creado en 1943, el interés por la ETS no surgió hasta el año 2001 con la creación del Programa de Evaluación y Gestión de Tecnología Médica de la Dirección de Prestaciones Médicas del IMSS. El trabajo realizado en

esta institución está orientado al diseño y desarrollo de políticas de salud. Los productos desarrollados por esta Agencia son dos; IE (Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias) y GPC. En su plantilla cuenta con 21 investigadores, además de 14 documentalistas.

- **CENETEC** (Centro Nacional de Excelencia Tecnológica) ⁽⁷⁴⁾. <http://www.cenetec.salud.gob.mx/> Órgano dependiente de la Subsecretaría de Innovación y Calidad, nació ante la necesidad de contar con información para la toma de decisiones y el uso óptimo de recursos. En realidad, este centro se estructura en dos subdirecciones bien diferenciadas: la Subdirección de Evaluación Tecnológica y Difusión, que elabora evaluaciones a petición de organizaciones de salud o por iniciativa propia, que se materializan en informes breves o completos; y la Subdirección de GPC, cuyo fin es promover la integración de GPC y ayudar al profesional y al paciente a tomar decisiones adecuadas. El centro pertenece a la Red Iberoamericana de GPC y recientemente ha creado la Red Mexicana de Evaluación de Tecnologías Sanitarias con los representantes de las principales instituciones y organismos que participan en ETS. Está constituida por 21 personas además de 14 documentalistas.

Tabla 3: Principales características de las Agencias de ETS en Norteamérica.

PAÍS	AÑO CREACIÓN	DEPENDENCIA	PERSONAL			PRODUCTOS							
			Invest	Doc	CE	IE	CT	FT	GPC	IP			
Canadá	AETMIS	1988	Nacional	14	-	40	IE	-	-	-	-	-	-
	CADTH	1994	Nacional	147	-	-	IE	CT	FT	-	-	-	-
	MAS	¿?	Nacional	-	-	-	IE	CT	-	-	-	IP	-
	IHE	1996	Nacional	11	2	-	IE	-	-	GPC	-	-	-
EEUU	AHRQ	1989	Nacional	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	VATAP	1994	Nacional	2	1	-	IE	CT	-	-	-	IP	-
México	IMSS	2001	Nacional	21	14	-	IE	-	-	GPC	-	-	-
	CENETEC	2004	Nacional	21	14	1	IE	-	-	GPC	-	-	-

CE: Consultores Externos

CT: Consultas Técnicas

Doc: Documentalistas

FT: Fichas Técnicas

GPC: Guías de Práctica Clínica

Invest: Investigadores

IP: Información para Pacientes

4.1.3.- LATINOAMÉRICA

América Latina representa uno de los mercados emergentes más importantes para la ETS, por cuanto hay una gran dificultad de establecer un programa eficaz en una región donde las tecnologías de base son escasas. La década de los ochenta, se caracteriza en la mayor parte de los países por la ausencia de políticas sanitarias que regulasen la introducción de las tecnologías. No ha sido hasta finales de los años 90 cuantos las autoridades sanitarias de muchos países comenzaron a reformar sus sistemas a través de la instauración de programas de ETS, para hacer frente a los problemas ⁽⁵⁵⁾.

A pesar de que son numerosos los países latinoamericanos que cuentan con organismos dedicados a la ETS (la mayoría de ellos han establecido Agencias nacionales), pocos tienen presencia en la red INAHTA, objeto de nuestro estudio. En el momento de nuestro estudio existían cinco Agencias, tal y como se detalla a continuación:

4.1.3.1.- Argentina

En la década de 1990, Argentina pasó por una reforma del sector salud. Esta reforma hizo especial hincapié en la descentralización y reestructuración del sistema, dividiéndolos en tres grandes sectores: la seguridad pública, social y privada. En consecuencia, los principales impulsores de la ETS son los financiadores de salud públicos y privados de diferentes subsectores que buscan contener los costos exorbitantes de las nuevas tecnologías ⁽¹⁸⁵⁾.

En 2003, se desarrolló el Plan Federal de Salud 2004-07 con el fin de regular las tecnologías sanitarias a través de la creación de un servicio nacional. Si bien este Plan Federal de Salud propuso la creación de una Agencia de regulación de tecnologías sanitarias, hasta el momento no se han dado pasos en ese sentido. En la actualidad no cuenta con Agencias de ETS auspiciadas por el gobierno.

- **IECS** (Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria) ⁽⁹⁰⁾. <http://www.iecs.org.ar>
Organización independiente sin ánimo de lucro creada por profesionales sanitarios dedicados a la investigación, la educación y el apoyo técnico. Tiene por objeto promover la investigación y la evaluación de proyectos, para dar respuesta a demandas locales. Además, es sede del Centro Cochrane Argentino, miembro de la Red Cochrane Iberoamericana y representante de la Red NEVALAT (Red Temática sobre Evaluación Económica de Programas de Salud y sus aplicaciones a la Toma de decisiones en países latinoamericanos) desde 2002.

Los documentos que se preparan y clasifican de acuerdo a la profundidad y amplitud de sus contenidos en: IE (“documentos de ETS”); CT, y los informes de respuesta rápida. En el momento de nuestro estudio la Agencia declaraba contar con 12 personas en su staff, además de la participación de ocho colaboradores.

4.1.3.2.- Brasil

Bajo las reformas de salud en 1996, Brasil estableció un programa público sanitario de acceso universal. Si bien esto supuso una importante mejora social para el país, esta reforma no llevaba asociada ninguna política de control de uso y costes. Como consecuencia de ello, pronto comenzaron a detectarse varios problemas en el ámbito sanitario; variabilidad en el uso de las tecnologías, falta de evidencia científica en la toma de decisiones etc ⁽¹⁸⁶⁾.

Si bien los orígenes de la ETS en Brasil los podemos situar en el año 2000, existen ciertos precedentes desde 1983 con la organización de seminarios auspiciados bajo el gobierno brasileño y Organización Mundial de la Salud. Sin lugar a dudas todos estos esfuerzos, acabaron por crear una conciencia sobre la necesidad de ETS, y así en 2004,

se formó el Consejo Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación. Al año siguiente, se constituyó el único centro de ETS, constituido como Agencia nacional.

- **DECIT-CGATS** (Departamento de Ciencia y Tecnología – Coordinación Geral de Avaliação de Tecnologias em Saúde) ⁽⁷⁹⁾. http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1026 Fue creado en 2005, por el DECIT como unidad de coordinación para el desarrollo de la ETS como instrumento de gestión, asistencial y de investigación. En la actualidad este centro se encarga de la coordinación, promoción y difusión de la ETS. Para ellos tres son las actividades realizadas: produce documentos propios que ayuden en la toma de decisiones, supervisa los estudios realizados por instituciones académicas, y lleva a cabo actividades de promoción de la ETS. Trabaja con instituciones de investigación y universidades. Está Agencia está constituida por 15 personas dependientes directamente, así como 17 consultores. Elabora IE (“Avaliação de Tecnologias em Saúde”), y CT.

4.1.3.3.- Chile

A finales de los años ochenta, la evolución de los indicadores de salud de Chile resultaban muy desfavorables, siendo incluso superior al promedio de América Latina. Las medidas durante el gobierno de Pinochet (1973-1990) habían apuntado a una descentralización del sistema y al desarrollo de un sector privado. Esta situación obligó al gobierno a establecer una reforma de salud en los años 90. Si bien estas reformas trataban de conservar la organización central, intentaron incrementar tanto su eficacia como su equidad a través del diseño de diferentes políticas y programas que trataban de controlar el gasto. Entre las muchas medidas implantadas, se constituyó en 1997 el primer organismo nacional responsable de la ETS:

- **ETESA** (Unidad de Evaluación de Tecnologías de Salud) ⁽¹⁰⁴⁾. http://www.redsalud.gov.cl/temas_salud/evaluacion.html. ETESA fue establecida en 1997 en el Ministerio de Salud. En la actualidad es parte del Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente. Su objetivo es generar los IE, y guías metodológicas, así como satisfacer las necesidades de evaluación de la red de asistencia sanitaria. La unidad cuenta con tres profesionales, y la colaboración de un médico epidemiólogo clínico. Su producción científica se centra en la elaboración de IE y GPC.

Tabla 4: Principales características de las Agencias de ETS en Latinoamérica.

País	Agencias	Año creación	personal			productos			
			inv	doc	ce	IE	CT	GPC	otros
Argentina	IECS	?	12	-	8	IE	CT	-	otros
Brasil	DECIT-CGATS	2005	15	-	17	IE	CT	-	-
Chile	ETESA	1997	3	-	-	IE	-	GPC	-

CE: Consultores Externos

CT: Consultas Técnicas

Doc: Documentalistas

GPC: Guías de Práctica Clínica

IE: Informes de Evaluación

Invest: Investigadores

IP: Información para Pacientes

¿: información no disponible

4.1.4.- ASIA

A pesar de la falta de establecimiento de programas formales de ETS en Asia, ha habido una tradición de actividades relacionadas como la investigación sobre sistemas de garantía de calidad, y la investigación en epidemiología clínica.

Unos de los primeros actos directamente relacionados con la ETS en Asia, lo podemos situar en la conferencia internacional sobre la ETS organizado por la Organización Mundial de la Salud en Bangkok, Tailandia, en 1997. Esta conferencia contó con la presencia de los representantes de Bangladesh, Bután, India, Indonesia, Maldivas, Myanmar, Nepal, Sri Lanka y Tailandia.

Sin embargo y para poder entender el establecimiento de la ETS en diferentes países, se necesario mencionar la celebración de la reunión anual de la Sociedad Internacional de ETS en 1996 sobre la creación de grupos de especial interés en países en desarrollo. El objetivo de este grupo era la puesta en común de recursos disponibles o la creación de capacidad de ETS en países donde no existía.

Producto de este iniciativa, y liderado por el Ministerio de Salud de Malasia surge en este mismo año la idea de una Red del Asia HTA con la intención de aunar recursos disponibles y maximizar su beneficio del mayor número posible de países. En la actualidad, la red sigue en activo y ha sido capaz de fomentar el interés en ETS, continuar su implantación en diferentes países y adoptar las recomendaciones de ETS que se han aplicado con éxito en otras regiones. Las ETS se han establecido en países como Tailandia, Corea, Taiwan...⁽¹⁸⁷⁾.

En el momento de nuestro estudio eran 5 las Agencias de ETS pertenecientes a la INAHTA, tal y como se detalla a continuación:

4.1.4.1.- Israel

La Ley Nacional de Salud de 1995 marca un cambio en el sistema sanitario israelí. La nueva ley establecía un sistema sanitario universal, que podría elegirse entre cuatro planes de salud independientes, no gubernamentales, dentro de un marco jurídico definido por el gobierno. Esto supuso que los gastos fueron una carga para el sistema.

Producto de esta situación, pronto organismos de diferentes ámbitos (como la Asociación Médica Israelí, compañías de seguros, centros académicos, o la industria sanitaria) comenzaron a utilizar la ETS como un instrumentos para evaluar la efectividad, coste., Pronto, la ETS se convirtió en la principal herramienta para la gestión y un puente entre la investigación y la práctica ^(188, 189).

En 1998, y fruto de todos estos esfuerzo se creó la Unidad de Evaluación de Tecnología Médica, primer organismo gubernamental en la ETS.

- **ICTAHC** (Israel Center for Technology Assessment in Health Care) ⁽⁹¹⁾. http://www.health.gov.il/english/pages_e/default.asp?pageid=28&parentid=15&catid=13&maincat=2. La Agencia, establecida en 1998, se puso en marcha en el Instituto Gertner de Epidemiología y Políticas de Salud de Investigación. Se trata de un centro de independiente de investigación en Epidemiología y políticas sanitarias. En la actualidad lleva a cabo principalmente dos actividades; como centro de investigación y gestión. Las actividades hoy en día se llevan a cabo en colaboración con el Ministerio de Salud, la Asociación Médica de Israel, sindicatos médicos, y Consejos Nacionales de la Salud y como centro de educación para estudiantes y responsables en la formulación de políticas en las universidades de Israel. El centro cuenta con cuatro áreas de investigación: (I) formulación de políticas para gestión de tecnologías sanitarias, (II) identificación y evaluación temprana de tecnologías, (III) creación de una plataforma nacional para la evaluación económica, y (IV) patrones de uso de las tecnologías sanitarias. Está compuesto por nueve investigadores (dos a tiempo completo y siete a tiempo

parcial), así como un documentalista. En el momento de nuestro estudio, se centraba en la elaboración de IE (“HTA Reports”) y FT (“Early Warning system”).

4.1.4.2.- Tailandia

En 1997 Tailandia sufrió una crisis económica como resultado de la mala gestión del sector financiero, las inversiones excesivas por empresas privadas, y la supervisión inadecuada de cambio de moneda. La crisis tuvo consecuencias importantes. Debido al aumento de pobreza y del uso de servicios, se produjo una ampliación de la cobertura sanitaria, y con ello, un incremento de gastos. Fue en este momento cuando responsables políticos y gestores sanitarios comenzaron a prestar cada vez mayor atención a la contención de costos, mediante la introducción de la ETS. La primera iniciativa institucional se produjo en 1998, con la creación del Programa de Políticas en Salud Internacional, con el fin de reforzar políticas de salud y la capacidad de investigación del sistema.

En 2001, la situación económica del país comenzó a recuperarse, y en 2002 se estableció la Agencia de Evaluación de Tecnología bajo el Departamento de Servicios Médicos. Debemos destacar, sin embargo, que dada la capacidad limitada de investigación, nunca ha tenido un plan claro para la construcción de investigación de ETS.

En 2006, un grupo de investigadores del Ministerio estableció la Programa de Evaluación Intervención de la Salud y Tecnología (HITAP)⁽¹⁹⁰⁾.

- **HITAP** (Health Intervention and Technology Program)⁽⁸⁶⁾ <http://www.hitap.net>

Se trata de un organismo de reciente creación por cuanto su origen se encuentra en 2007. Una de sus principales actividades de este centro es evaluar una amplia gama de intervenciones de salud; medicamentos, dispositivos médicos, procedimientos, políticas de salud pública, etc. Para llevar a cabo estas tareas cuenta con 44 investigadores, además de siete consultores externos. Los resultados de todas estas actividades quedan reflejadas en la publicación de IE (“Research Reports”)

4.1.4.3.- Taiwan (Rep China)

- **CDE** (Center for Drug Evaluation) ⁽⁷²⁾ <http://www.hitap.net/> El Center for Drug Evaluation fue establecido por el Departamento de Salud en 1998. En 2007, el Departamento de Salud tomó la decisión de crear una nueva división de ETS para proporcionar evidencias sobre el valor de las nuevas tecnologías sanitarias para los tomadores de decisiones. Cuenta con 13 personas en su staff, además de un número variable de colaboradores. Los documentos que elaboran son IE (“HTA Report”), CT (“Rapid Report”), y documentos sobre evaluación de fármacos.

4.1.4.4.- Corea del Sur

Durante los últimos 50 años, los avances médicos han mejorado la calidad de la atención sanitaria, lo que ha venido marcado por el aumento de costos de atención de salud. El interés por el uso racional de la asistencia sanitaria en Corea nace en torno a 1990, de la mano del mundo académico e institucional en el Seguro Nacional de Salud. En estas fechas algunos investigadores de la Universidad Nacional de Seúl iniciaron la investigación sobre los problemas de calidad. Los resultados de este estudio hicieron ver a los responsables políticos la necesidad de plantear nuevos retos para mejorar la calidad en la atención sanitaria.

Si bien los años 90 establecen los precedentes de la ETS en Corea, en el año 2000 y su posterior revisión del 2006, se lleva a cabo una modificación de ley, en la que incluyeron disposiciones para promover enfoques de la ETS entre el gobierno y las organizaciones profesionales ⁽¹⁹¹⁾.

En la actualidad, el proceso de ETS se rige por un comité gubernamental que cuenta con el apoyo técnico del centro de ETS.

- **CNHTA** (Committee for New Health Technology Assessment). subcomité especial encargado de revisión de la literatura sistémica y proyectos de informe. Lleva a cabo las revisiones de las nuevas tecnologías y el estado de los resultados de la evaluación. En el momento de nuestro estudio, no localizamos información de esta Agencia ni de los productos que elaboraba.

4.1.4.5.- Malasia

Como país en desarrollo, Malasia ha experimentado un período de rápida expansión de sus servicios de salud hasta asegurar una cobertura adecuada gracias a una inversión en tecnología médica moderna. Además, hay un creciente sector privado con énfasis en las nuevas tecnologías. A fin de abordar algunas de estas cuestiones, el Ministerio de Salud creó una Unidad de Evaluación de Tecnologías en Salud en 1995, proporcionando una sólida base científica para la adopción de tecnología, así como para la continuación del uso de la tecnología existente.

Debido a las limitaciones de recursos, esta unidad no puede llevar a cabo muchas evaluaciones importantes, por lo que depende de las evaluaciones de otros países, adaptando otros informes extranjeros al contexto local.

- .. **MAHTAS** (Malaysian Health Technology Assessment) se estableció en 1995 de acuerdo con la política del Ministerio de garantizar una tecnología eficaz y segura. Desde 2001 se incluyen GPC. Cuenta con 10 investigadores y siete documentalistas en su staff además de un número variable de colaboradores.

Tabla 5: Principales características de las Agencias de ETS en Asia.

País	Agencia	Año creación	personal			Productos			
			INV	DOC	CE				
Israel	ICTAHC	1998	9	1		IE	-	FT	-
Tailandia	HITAP	2007	44	-	7 CE	IE	-	-	-
Taiwan	CDE	1998	13	-	Nº variable	IE	CT		otros
Corea	CNHTA			-	-	-	-	-	-
Malasia	MAHTAS	1995	10	7	Nº variable CE	?	?	?	?

CE: Consultores Externos

CT: Consultas técnicas

Doc: Documentalistas

IE: Informes de Evaluación

Invest: Investigadores

IP: Información para Pacientes

?: Información no disponible

4.1.5 OCEANÍA

Australia y Nueva Zelanda comparten las mismas características en política sanitaria. Ambas ofrecen una cobertura sanitaria universal y tienen similares marcos regulatorios para el uso de productos farmacéuticos y dispositivos médicos. Por esta razón, el desarrollo de la ETS, llevado a cabo entre finales de los años 90 y principios del 2000, en ambos países se ha visto fuertemente influida por los vínculos entre la regulación, financiación sanitaria, y la compra de productos farmacéuticos, dispositivos y servicios específicos de atención de la salud. ⁽¹⁹²⁾

A continuación se hará una breve descripción el desarrollo de la ETS en ambos países y de la aparición de sus respectivas Agencias.

4.1.5.1.-Nueva Zelanda

- **HSAC** (Health Services Assessment Collaboration) ⁽⁸⁷⁾
<http://www.hsci.canterbury.ac.nz/hsac/about.shtml> Es una iniciativa de investigación establecida en 2007 con sede en la Universidad de Canterbury. Su misión reside en la identificación y revisión de la evidencia de intervenciones sanitarias. Estos documentos se difunden en forma de IE (“HSAC Health Technology Assessment”), CT (“HSAC Technical Briefs”), FT (“HSAC Horizon Scanning Reports”) y evaluaciones económicas. Cuenta con 10 investigadores y un documentalista en su staff, además de un número variable de colaboradores.

4.1.5.2.-Australia

El inicio de la ETS en Australia se remonta a comienzos de los años ochenta, de la mano de universidades, colegios profesionales y consultores privados que se inician en esta actividad ante el incremento del gasto sanitario y la necesidad de continuas evaluaciones económicas ⁽¹⁹³⁻¹⁹⁷⁾.

Las primeras iniciativas institucionales surgen pocos años después. Así, en 1982, surge el National Health Technology Advisory, integrada por la profesión médica, industria, y gestores. Este organismo desarrolló directrices para proporcionar apoyo a la investigación, y a partir de 1990 cuando empezó a prestar asesoramiento a las autoridades sanitarias.

En 1998 fue sustituido por el Medical Services Advisory Committee para asesorar al Ministerio sobre la eficacia, seguridad, y coste de las tecnologías con el apoyo de grupos universitarios en calidad de grupos externos. Esto representó el comienzo de un enfoque más sistemático, más vinculado a la ETS. Dado el éxito de esta institución al año siguiente se creó un proyecto especialmente dirigido a técnicas emergentes (NET-S).

En 2001, y tras el éxito alcanzado, se creó un nuevo organismo de ETS, el Adelaide Health Technology Assessment (AHTA) con el fin de prestar servicio de consultoría a los responsables políticos en organizaciones gubernamentales y no gubernamentales.

En 2003, se creó el Australia and New Zealand Horizon Scanning Network (ANZHSN), como una iniciativa de MSAC. Su función era asesorar a los Departamentos de salud en Australia y Nueva Zelanda en la incorporación de tecnologías emergentes.

- .. **MSAC** (Medicare Services Advisory Committee) ⁽⁹⁴⁾. Órgano multidisciplinario de expertos establecido en 1998 para asesorar al gobierno sobre el uso y la implantación de nuevas tecnologías médicas en términos de seguridad y eficacia ⁽¹⁹⁵⁾. En la actualidad se constituye como la Agencia nacional ⁽¹⁹⁷⁾ y es el

responsable de la Red para Tecnologías Emergentes de Australia y Nueva Zelanda, el Australia and New Zealand Horizon Scanning Network (ANZHSN), que forma parte de la red EuroScan. El personal de la Agencia lo constituyen 15 personas además de 6 consultores externos. Esta Agencia se centra en la elaboración de IE (HTA Review), y FT (Horizon Scanning)

- .. **ASERNIP-S** (Australian Safety and Efficacy Register of New Interventional Procedures– Surgical) ⁽⁷⁰⁾. <http://www.surgeons.org/asernip-s>. Programa del Royal Australasian College of Surgeons (Real Colegio de Cirujanos de Australia) creado en 1998 para la promoción de la MBE y el uso de GPC. Su misión es identificar tecnologías nuevas y emergentes y la elaboración de GPC. En la actualidad se constituye como el único grupo de ETS centrado en los procedimientos quirúrgicos. Los productos que elabora son IE (“ASERNIP-S Systematic Reviews”), CT (“Rapid Reviews”), FT (“ASERNIP-S Technology Overviews”), GPC (“Clinical practice guideline”). Asimismo lleva a cabo información para pacientes (“consumer information”). La Agencia está formada por 15 personas.
- .. **AHTA** (Adelaide Health Technology Assessment) ⁽⁶⁵⁾. http://www.public-health.adelaide.edu.au/consult/health_techn_assess.html Establecido en 2001 para proporcionar servicios de consultoría a organizaciones dentro de la Universidad de Adelaide, en la actualidad también trabaja para el Departamento Australiano de Salud. Su misión es identificar y evaluar tecnologías emergentes, servicios y productos farmacéuticos e informar a gobiernos y colaboradores internacionales, además de elaborar directrices para la práctica clínica. Además de la participación de consultores o colaboradores, un total de cuatro, la Agencia está compuesta por 16 personas. Esta Agencia se centra en la elaboración de IE (“Health care evaluation”), FT (“horizon scanning”) y GPC. Asimismo lleva a cabo evaluaciones farmacéuticas y de vacunas (Pharmaceutical evaluation; Vaccine evaluation).

- **HSAC** (Health Services Assessment Collaboration) ⁽⁸⁷⁾
<http://www.hsci.canterbury.ac.nz/hsac/about.shtml> Es una iniciativa de investigación establecida en 2007 con sede en la Universidad de Canterbury. Su misión reside en la identificación y revisión de la evidencia de intervenciones sanitarias. Estos documentos se difunden en forma de IE (“HSAC Health Technology Assessment”), CT (“HSAC Technical Briefs”), FT (“HSAC Horizon Scanning Reports”) y evaluaciones económicas. Cuenta con 10 investigadores y un documentalista en su staff además de un número variable de colaboradores.

Tabla 6: Principales Agencias de ETS en Oceanía.

País	Agencia	Año	Dependencia	Personal			Productos					
				Inv	Doc	CE	IE	CT	FT	-	-	otros
Nueva Zelanda	HSAC	2007	Nacional	10	1	nº variable	IE	CT	FT	-	-	otros
Australia	MSAC	1998	Nacional	15	-	6 CE	IE		FT	-	-	-
	ASERNIP-S	1998	Nacional	15	-		IE	CT	FT	GPC	IP	-
	AHTA	2001	nacional	16	-	4 CE	IE		FT	GPC	-	otros

CE: Consultores Externos

CT: Consultas Técnicas

Doc: Documentalistas

FT: Fichas Técnicas

GPC: Guías de Práctica Clínica

IE: Informes de Evaluación

Inv: Investigadores

IP: Información para Pacientes

4.2.- ANÁLISIS DE RESULTADOS

En la actualidad existen 50 Agencias de ETS repartidas en cuatro continentes (África es el único continente que no cuenta en la actualidad con Agencias, al menos dentro de la red INAHTA).

Con el fin de conocer la naturaleza y estructura de las Agencias, se ha obtenido información de un cuestionario enviado a las mismas (sólo 16 respondieron al cuestionario), así como de las páginas web de las Agencias (10 casos), o en su defecto de la página web de la INAHTA ⁽⁶⁴⁾.

Tabla 7: Listado de Agencias que respondieron al cuestionario

AETSA (España); AHTA (Australia); Avalia-t (España); CADTH (Canadá); CAHTA (España); CDE (Taiwan); CENETEC (México); DAHTA(Alemania); GOG (Austria); HIQA (Irlanda); ICTAHC (Israel); Mahtas (Malasia); NETSCC (Reino Unido); NOKC (Noruega); SBU (Suecia); VATAP (Estados Unidos).

4.2.1.-Vida media de las Agencias

Todas las Agencias analizadas han sido constituidas desde 1987, fecha de creación de la primera Agencia en el mundo, hasta 2007 fecha en la que se crearon las últimas Agencias. De acuerdo a los datos obtenidos, la media de vida de las Agencias es de 9,22 años.

Si analizamos estos datos de acuerdo a los continentes, observamos como Europa es el más antiguo en la implantación de la ETS (sus Agencias tienen una vida media de 12,24 años), seguido de América (11,8), Oceanía (9) y finalmente Asia con una media de vida de 8,4 años.

4.2.2.-Dependencia funcional

El presente estudio se centra en las Agencias pertenecientes a la INAHTA. Todas ellas deben contar con el reconocimiento oficial de las autoridades públicas e independencia del sector privado (ver apartado 3.1). Teniendo en cuenta estas características y tras haber revisado la dependencia de cada una de ellas, todas tienen un carácter público de modo total o parcial. En el 84% de los casos (42 Agencias) se trata de Agencias de ámbito nacional, frente al 16% de ámbito regional (son los casos de la Agencia francesa, canadiense y seis Agencias españolas). En estos casos todas ellas conviven con una Agencia de ámbito nacional. En consecuencia, podemos hablar de una duplicidad de Agencias.

4.2.3.- Recursos humanos

La ETS es un proceso multidisciplinar que sintetiza información relativa a las cuestiones médicas, sociales, económicas y éticas relacionadas con el uso de la tecnología sanitaria. En consecuencia, es importante que los equipos que constituyen las Agencias estén formados por grupos multidisciplinarios. Dada la sobrecarga de personal que esto supondría, en la mayoría de los casos el personal investigador de las Agencias está compuesto, no sólo de personal interno, sino también de consultores externos, que participan en la elaboración puntual de determinados proyectos.

De las Agencias analizadas, tres no especifican el número de personal interno que lo compone (la italiana.ge.na, la coreana CNHTA y NETSCC de Reino Unido). En el resto de las Agencias, la media de personas es de 22,39 por Agencia.

Si bien no nos ha sido posible analizar los diferentes perfiles del personal interno, sí nos gustaría destacar la presencia de documentalistas en las Agencias, no sólo por la importancia de la búsqueda y gestión documental, sino también porque en la mayor parte de los casos son los responsables de la difusión de los contenidos. A pesar de ello, la presencia de estos profesionales no aparece reflejada en 35 de las Agencias analizadas. De

las Agencias que declaran contar con los especialistas en información, la media es de 3,11 documentalistas.

La necesidad de contar con “consultants”, expertos en campos tan diversos como bioética, legislación en salud, sociología, y otros, hace que la mayor parte de las Agencias cuenten con consultores externos. Si bien el término consultant, no está recogido en el HTA glossary ⁽¹⁰⁾, si aparece indicado en la información que la INAHTA ofrece de cada una de las Agencias que la componen. En cualquier caso, seis Agencias no especifican el número de personas que tienen, y en 22 de ellas declaran tener un número variable de ellos, dependiendo de los proyectos que se estén llevando a cabo. La media de consultores por Agencias es de 73,18.

4.2.4.- Distribución de las Agencias por países

En la actualidad, 29 países cuentan con Agencias de ETS. Teniendo en cuenta que, de acuerdo a los datos ofrecidos por la Organización de Naciones Unidas, en la actualidad existen en el mundo 193 países, esto supone una representación del 15,25%. La distribución de las Agencias de acuerdo a los países es la que se aprecia en la ilustración 1:

Ilustración 1: Distribución de Agencias por continentes

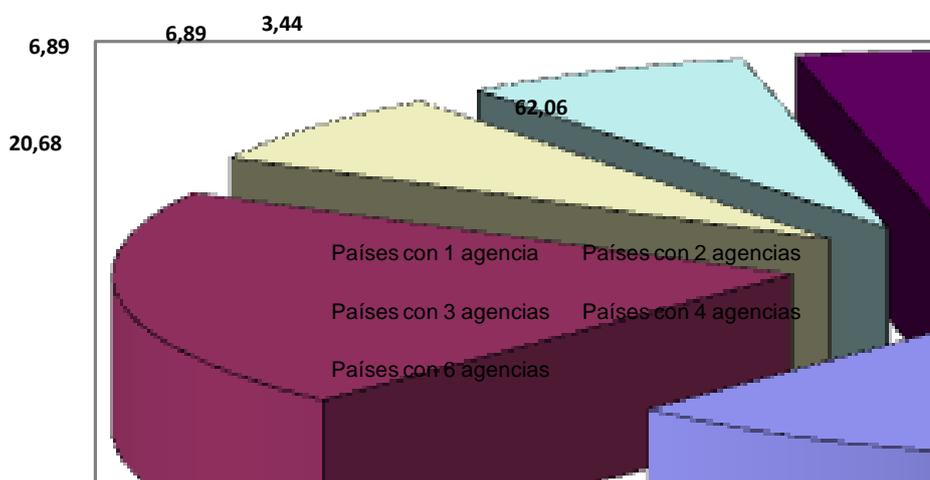


Fuente: elaboración propia

Des los 29 países con Agencias, la distribución por países es la que se detalla a continuación:

Predominan los casos de países que cuentan con una sola Agencia (62,06 %), siendo en su mayoría europeas. En el 37,9% de los casos contaban con duplicidad de Agencias dentro de un mismo país. De todas ellas cabe destacar el caso de España, que cuenta con seis Agencias (3,44%), una de ámbito nacional (AETS) y el resto de ámbito autonómico (AIAQS, AETSA, Avalia-t, Osteba y UETS) .

Ilustración 2: Distribución de Agencias por países.



Fuente: elaboración propia

Tabla 8: Relación de Agencias por países

<p><u>18 países con 1 Agencia (62,06%):</u> Argentina, Bélgica, Brasil, Chile, Finlandia, Irlanda, Israel, Corea, Lituania, Malasia, México, Nueva Zelanda, Noruega, Polonia, Suecia, Suiza, Taiwan y Tailandia.</p> <p><u>6 países con 2 Agencias (20,68%):</u> Austria, Dinamarca, Francia, Alemania, EEUU e Italia.</p> <p><u>2 países con 3 Agencias (6,89%):</u> Australia y Holanda.</p> <p><u>2 países con 4 Agencias (6,89%):</u> Canadá y Reino Unido.</p> <p><u>1 país con 6 Agencias (3,44%):</u> España</p>
--

4.2.3. Audiencia diana

Bajo la denominación de “audiencia diana” se engloban a todas las personas y grupos con intereses en los resultados de la ETS.

Las preocupaciones y necesidades de estos colectivos son aspectos fundamentales en el proceso de elaboración de la ETS. Por esta razón es fundamental haber definido los colectivos a los que pretende dirigir su información, las necesidades que estos tienen en cuanto a la información científica y las características más importantes que las definen.

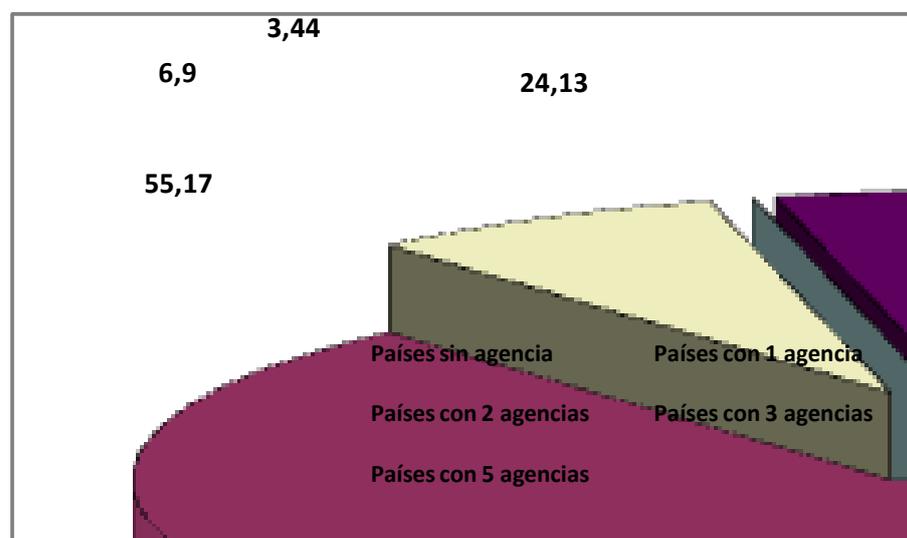
La información para este apartado se ha obtenido través de un cuestionario enviado a todas las Agencias, de las páginas web de las Agencias ^(25, 65-106) y la página web de la INAHTA ⁽⁶⁴⁾. Las Agencias analizadas declaran tener entre sus audiencias son los siguientes:

4.2.3.1.- Autoridades sanitarias

Constituida mayoritariamente por responsables políticos, tanto de ámbito nacional como regional, y órganos directivos, está presente en 35 de las 50 Agencias, lo que supone el 70%.

La **distribución geográfica** de Agencias que se dirigen a las autoridades sanitarias resulta algo desigual. La mayor parte de los países cuenta con una Agencia. Sin embargo el 20,8% tiene más de una Agencia por país, lo que demostraría una duplicidad de información. Frente a estas, en el 24,2% de los países no tienen ninguna Agencia que declare dirigirse a este colectivo.

Ilustración 3: Distribución por países de información dirigida a autoridades sanitarias



Fuente: elaboración propia

Tabla 9: Relación de países con información dirigida a autoridades sanitarias.

7 países que no cuentan Agencia (24,13%): Polonia, Taiwan, Corea, Chile, Tailandia, Bélgica y Lituania.
16 países con 1 Agencia (55,17%): Alemania, Argentina, Australia, Brasil, Dinamarca, EEUU, Finlandia, Irlanda, Israel, Italia, Malasia, México, Noruega, Nueva Zelanda, Suecia, Suiza.
2 países con 2 Agencias (6,9%): Austria y Francia
3 países con 3 Agencias (10,35%): Canadá, Holanda y Reino Unido.
1 país con 5 Agencias (3,44%): España.

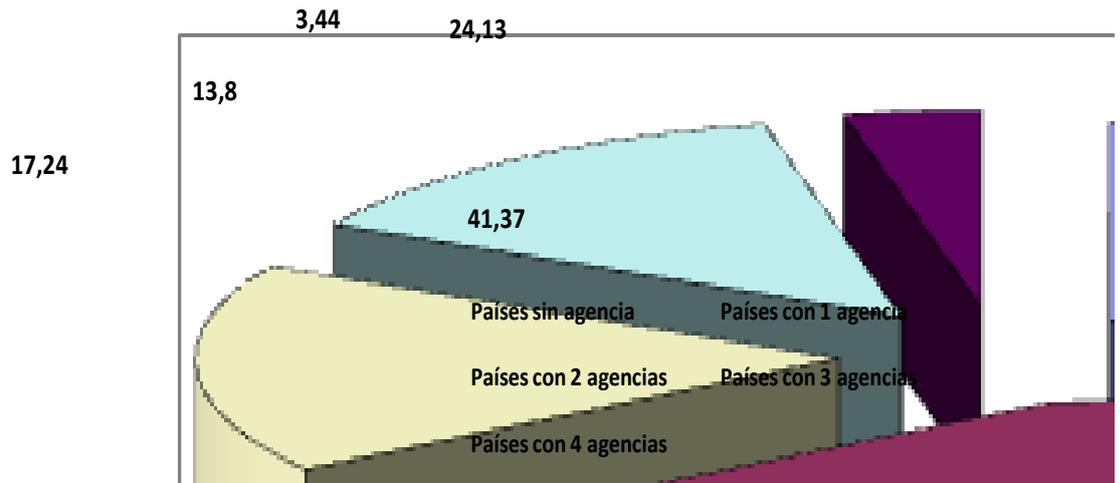
4.2.3.2.- Gestores y planificadores sanitarios

En esta apartado se han incluido aquellas Agencias que elaboran información a gestores, directivos o administradores sanitarios. Aparece en el 76% (38 casos), constituyéndose así como el colectivo más numeroso de los analizados.

La **distribución geográfica** de las Agencias por países resulta ciertamente desproporcionada. Si bien el porcentaje más alto lo tienen aquellos países con una sola

Agencia (41,37%). En el 34,48% de los casos existe una duplicidad de información ya que hay más de una Agencia por país. Frente a estas, existen siete países que, a pesar de contar con Agencias de ETS, ninguna de sus Agencias tienen a los gestores entre su público objetivo.

Ilustración 4: Distribución por países de información dirigida a gestores y planificadores sanitarios



Fuente: elaboración propia

Tabla 10: Relación de países con información dirigida a gestores sanitarios.

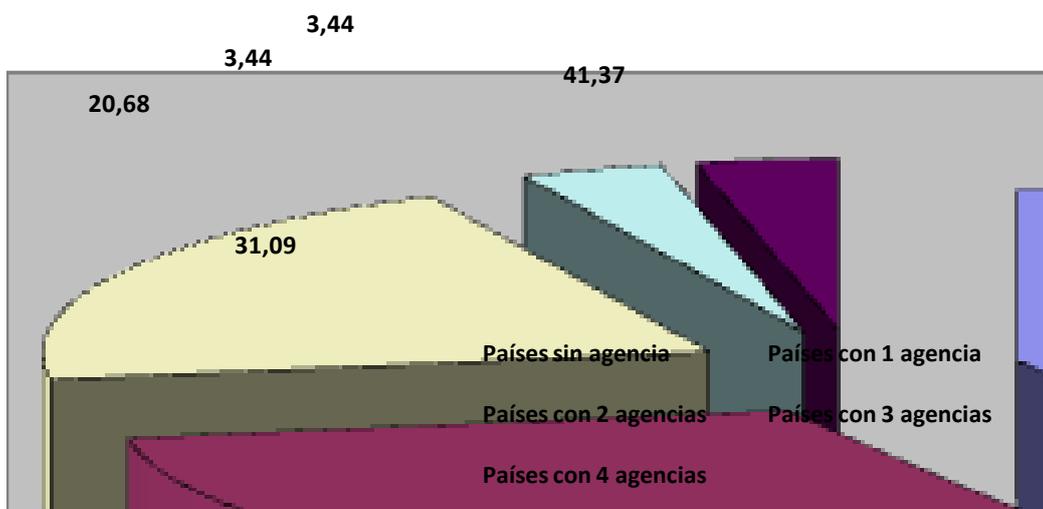
<u>7 Países sin Agencia (24,13%):</u> Chile, Israel, Corea, Nueva Zelanda, Polonia, Italia, y Tailandia.
<u>12 países con 1 Agencia (41,37%):</u> Argentina, Bélgica, Brasil, Finlandia, Irlanda, Lituania, Malasia, México, Noruega, Suecia, Suiza y Taiwán.
<u>5 Países con 2 Agencias (17,24%):</u> Alemania, Austria, Francia, Dinamarca y Estados Unidos.
<u>4 Países con 3 Agencias (13,8%):</u> Australia, Canadá, Holanda y Reino Unido.
<u>1 país con 4 Agencias (3,44%):</u> España.

4.2.3.3.- Clínicos y otros profesionales sanitarios

Este colectivo se constituye por una amplia variedad de profesionales sanitarios, como médicos, enfermeras, fisioterapeutas... El total de Agencias que declaran dirigir su información a este grupo supone un 56% (28 Agencias). Cabe destacar que si bien el perfil y necesidades de información varían considerablemente de unos a otros, en ninguno de los casos analizados se especifica la categoría profesional o perfil al que va dirigida esta información, sino que simplemente se habla de profesionales sanitarios o clínicos.

La **distribución geográfica** de las Agencias es la que se presenta a continuación:

Ilustración 5: Distribución por países de Agencias con información a profesionales sanitarios.



Fuente: elaboración propia

Tabla 11: Relación de países con información para profesionales sanitarios.

<p><u>12 países sin Agencia (41,37%):</u> Argentina, Brasil, Bélgica, Chile, Corea, Israel, Italia, Nueva Zelanda, Polonia, Taiwán, Tailandia, Suiza.</p> <p><u>9 países con 1 Agencia (31,09%):</u> Alemania, Austria, Finlandia, Irlanda, Lituania, Malasia, México, Noruega, Suecia.</p> <p><u>6 países con 2 Agencias (20,68%):</u> Canadá, Dinamarca, EEUU, Francia, Holanda, Reino Unido.</p> <p><u>1 país con 3 Agencias (3,44%):</u> Australia.</p> <p><u>1 país con 4 Agencias (3,44%):</u> España.</p>

4.2.3.4.- Audiencia industrial

Bajo este colectivo se han englobado las empresas que fabrican, desarrollan o distribuyen productos sanitarios (como fármacos, o material sanitario); así como las empresas de servicios que participan en su aplicación (como consultoras implicadas en el desarrollo o empresas que participan en la prestación de servicios sanitarios).

De acuerdo a estos criterios, 11 Agencias (22%) declaran dirigir su información a la industria sanitaria, ya sean aseguradoras, industria médica o farmacéutica. Sin embargo, en ninguno de los casos analizados se detalla el perfil de estas audiencias.

La **distribución geográfica** de las Agencias es la que se presenta a continuación: Son los casos de una Agencia americana (AHRQ, Estados Unidos), una australiana (AHTA, Australia), una canadiense (IHE, Canadá), una latinoamericana (IECS, Argentina), y siete Agencias europeas; son los caso de CVZ (Holanda), CAHTA (España), DAHTA (Alemania) DSI (Dinamarca), HIQA (Irlanda), y NHSC (Reino Unido) y NOKC (Noruega).

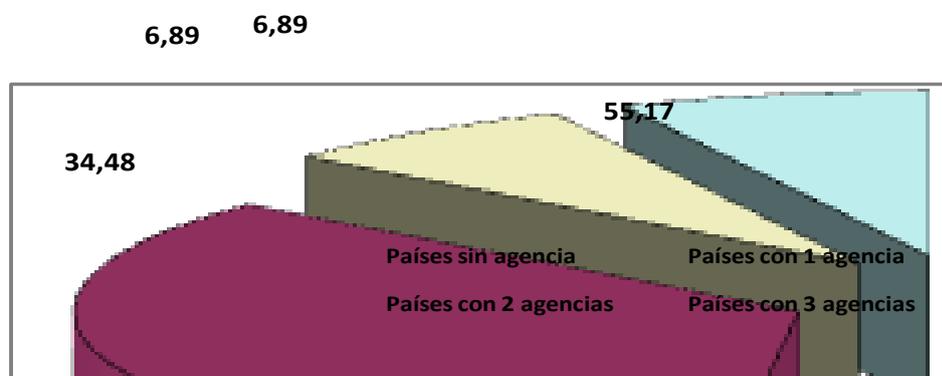
Cabe destacar que, de los casos analizados, no existen duplicidades dentro de un mismo país. Por otra parte, del total de países pertenecientes a la INAHTA, 18 países no declaran tener vínculos formales con la industria sanitaria (Austria, Bélgica, Brasil, Corea, Chile, Finlandia, Francia, Italia, Israel, Polonia, Nueva Zelanda, Malasia, México, Suiza, Suecia, Lituania, Tailandia, y Taiwan.)

4.2.3.5.- Ciudadanos y pacientes

En esta sección se han incluido aquellas Agencias que incluyen a la población general, tanto de modo individual (pacientes, familiares, cuidadores...) como de modo colectivo (asociaciones de pacientes...). De acuerdo a los criterios establecidos, esta audiencia aparece reflejada en 20 Agencias (40%) de 13 países.

La **distribución por países** es la que se presenta a continuación:

Ilustración 6: Distribución por países de información para ciudadanos y pacientes.



Fuente: elaboración propia

Tabla 12: Relación de países con información para ciudadanos

<p>15 países sin Agencia (51,72%): Austria, Brasil, Bélgica, Chile, Corea, Dinamarca, Finlandia, Israel, Italia, Polonia, Suiza, Taiwan, Tailandia, Nueva Zelanda, Lituania.</p> <p>10 países con 1 Agencia (34,48): Argentina, Canadá, EEUU, Francia, Irlanda, Malasia, México, Reino Unido, Suecia y Noruega.</p>

2 países con 2 Agencias (6,89%): Alemania, y Holanda.

2 países con 3 Agencias (6,89): Australia, España.

4.2.3.6.- Otras audiencias

Junto a las audiencias hasta ahora analizadas, hemos localizado casos de Agencias, que contemplan otros colectivos minoritarios. Así, en cuatro Agencias (8%) declaran dirigir su información de modo adicional a instituciones de ámbito universitario.

La **distribución geográfica** de las Agencias es la que se presenta a continuación: Son los casos de la Agencia canadiense IHE (Canadá), IQWIG (Alemania) y MSAC (Australia) y NHSC (Reino Unido).

4.2.4. Tipología documental

Las Agencias de ETS son organizaciones cuyo objetivo es valorar el impacto sobre la introducción, uso y difusión de las tecnologías sanitarias. Estas Agencias materializan su trabajo a través de la publicación de los resultados. De acuerdo a la metodología empleada localizaremos IE, CT, GPC o FT, entre otros.

La información para este apartado se ha obtenido de las encuestas enviadas por las Agencias así como sus páginas, o la web de la INAHTA ⁽⁶⁴⁾. En la mayor parte de los casos, los documentos se encuentran localizados en una sección denominada publicaciones. En este apartado se ha estudiado tanto la tipología documental, como el número de documentos elaborados por las Agencias.

Del total de Agencias analizadas, 14 no ofrecían datos completos. De las 36 Agencias restantes, se estimó que la media de documentos realizados es de 7,2 documentos por año y personal.

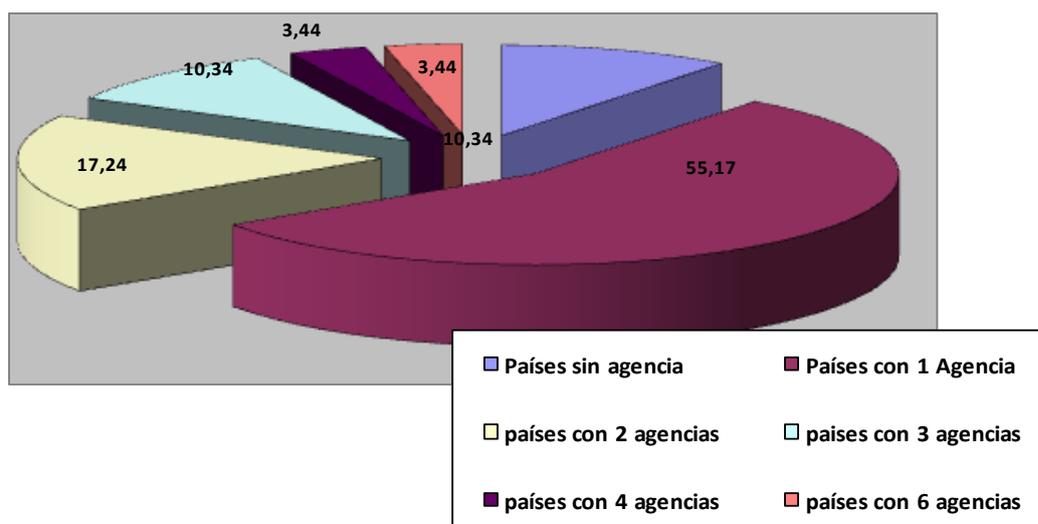
La tipología documental detectada ha sido la siguiente:

4.2.4.1.- Informes de Evaluación (IE)

Los IE son documentos en los que se evalúa una tecnología sanitaria mediante una RS de la literatura científica⁽¹⁵⁾. El total de Agencias que elaboran IE es de 46 (92%).

La **distribución geográfica** de las 46 Agencias, está repartida en 26 países. En el 55,17% de los casos encontramos una Agencia por país que elabore este tipo de documentos, mientras que en el 34,47% de los casos existe duplicidad de Agencia por país. Frente a estas, en el 10,34% de los países, no cuentan con Agencias que elaboren IE.

Ilustración 7: Distribución por países de IE



Fuente: elaboración propia

Tabla 13: Relación de países que elaboran IE

<p><u>3 Países sin Agencia o sin constancia (10,34%)</u>: Corea, Lituania, Suiza.</p> <p><u>16 países con 1 Agencia (55,17%)</u>: Argentina, Bélgica, Brasil, Chile, Finlandia, Irlanda, Italia, Malasia, México, Nueva Zelanda, Noruega, Polonia, Suecia, Suiza, Tailandia, Taiwán.</p> <p><u>5 países con 2 Agencias (17,24%)</u>: Alemania, Austria, Dinamarca, EEUU, Francia.</p> <p><u>3 países con 3 Agencias (10,34)</u>: Australia, Holanda, Reino Unido.</p> <p><u>1 país con 4 Agencias (3,44%)</u>: Canadá.</p> <p><u>1 país con 6 Agencias (3,44)</u>: España.</p>
--

La **media de IE** elaborados por las Agencias es de 11,21 documentos por año. En 6 casos no hemos podido acceder a los títulos de los IE.

Dada la estructura y contenidos de los IE, estos documentos suelen ir dirigidos a gestores, profesionales, e industria sanitaria. Por esta razón debería existir una correlación entre la **declaración de audiencias** y la elaboración de IE, tal y como se muestra a continuación:

De las 35 Agencias que declaran dirigirse a autoridades sanitarias 33 elaboran IE (94%).

De las 38 Agencias que dicen dirigirse a gestores sanitarios, 36 elaboran estos documentos (94,7%).

De las 28 Agencias que dicen dirigirse a los clínicos, 27 elaboran IE (96,4%).

De las 11 Agencias que declaran dirigirse a la industria, 10 (90,9%) elaboran estos documentos.

Si bien la clasificación documental ya ha quedado establecida anteriormente (ver apartado 1.2), la **terminología** empleada varía de unas Agencias a otras, tal y como se muestra a continuación:

El término más comúnmente empleado es el de “HTA Report” (18 Agencias), seguido de “Informe de ETS” (se trata de Agencias de habla hispana que traducen al español esta terminología). En cinco casos las Agencias emplean las siglas de la propia Agencia para identificar sus propios IE.

Tabla 14: Relación de Agencias de acuerdo a la terminología de los IE.

<p><u>18 HTA Report (39,13%):</u> CADTH (Canadá); CDE (Taiwan); CRD (Reino Unido); DACEHTA (Dinamarca); DAHTA (Alemania); GÖG (Austria); GR (Holanda); HIQA (Irlanda); ICTAHC (Israel); IHE (Canadá); LBI of HTA (Austria); MAHTAS (Malasia); MTU-SFOPH (Suiza); NETSCC (Reino Unido); HTA (Reino Unido); NHS QIS (Reino Unido); NOKC (Noruega); VATAP (Estados Unidos).</p> <p><u>8 Informe de ETS (17,33%):</u> Avalia-t (España); AETSA (España) ;AETS (España); CAHTA (España); CENETEC (México); ETESA (Chile); (España); UETS (España).</p> <p><u>5 Siglas Agencia Report (10,86%):</u> CEDIT (Francia); FINOHTA (Finlandia); HSAC (Nueva Zelanda); OSTEBA (España); IQWiG y KCE (Bélgica).</p> <p><u>15 Otros (32,60%):</u> ASERNIP-S (Australia); CVZ (Holanda); DECIT (Brasil); DSI (Dinamarca); HAS (Francia); HITAP (Tailandia); IECS (Argentina); MAS (Canadá); MSAC (Canadá); SBU (Suecia); ZonMw (Holanda);</p>

El **acceso a los contenidos** de este tipo de documentos resulta variado. 14 Agencias (30,43%) ofrecen acceso al resumen y texto completo de modo independiente. De estas, destaca el caso de IQWiG que, ofrece las diferentes versiones del documento y el caso de SBU (Suecia) ofrece tres versiones del mismo documento: resumen, texto completo y versión para la prensa. Seis Agencias (13,04%) no ofrecen el acceso al texto completo.

Tabla 15: Relación de Agencias de acuerdo al acceso a los IE.

<p><u>6 Restricción por clave/ sin acceso a través de la web:</u> CDE (Taiwan); ICTAHC (Israel); MAHTAS (Malasia); MTU-SFOPH (Suiza); IECS (Argentina); UVT (Italia).</p> <p><u>2 Consulta del listado:</u> AHTA (Australia); y CENETEC (México).</p> <p><u>1 Acceso exclusivo a recomendaciones:</u> CEDIT (Francia).</p> <p><u>14 Resumen y texto completo:</u> AETS (España); AETSA (España); Avalia-t(España); AHTA</p>

(Australia); DAHTA @DIMDI (Alemania); DSI (Dinamarca); HITAP (Tailandia); HSAC (Nueva Zelanda); IQWiG (Alemania); SBU (Austria); MSAC (Australia); NETSCC, HTA (Reino Unido); NOKC (Noruega); SBU (Suecia); ZonMw (Holanda).

22 sólo con texto completo: AETS (España); AHRQ (EEUU); AHTAPol (Polonia); ASERNIP-S (Australia); CADTH (Canadá); CAHTA (España); CRD (Reino Unido); CVZ(Holanda); DACEHTA (Dinamarca); DECIT-CGATS (Brasil); ETESA (Chile); FINOHTA (Finlandia); (Austria); GOG (Holanda); HAS (Francia); HIQA (Irlanda); IHE (Canadá); KCE (Bélgica); NHS QIS (Reino Unido); OSTEBA (España); UETS (España); VATAP - VA (EEUU).

De las Agencias que permiten acceso a los IE, todas ellas ofrecen el texto completo en su **idioma** original. Tan sólo en el caso de la Agencia KCE se ofrecen los documentos en tres idiomas de modo simultáneo (inglés; francés; holandés).

Tabla 16: Relación de Agencias de acuerdo al idioma de los IE.

14 páginas en inglés: CRD (Reino Unido); NETSCC (Reino Unido); NHSQIS (Reino Unido), MAS (Canadá); CADTH (Canadá); IHE (Canadá); AHRQ (Estados Unidos); VATAP (Estados Unidos); AHTA (Australia); MSAC (Australia); ASERNIP-S (Australia); HIQA (Irlanda), HITAP (Tailandia) y HSAC (Nueva Zelanda).

6 Páginas en castellano: ETESA (Chile); UETS (España); AETS (España); AETSA (España); Avalia-T (España); y OSTEBA (España)

3 Páginas en holandés: GR, CVZ (Holanda) y ZonMW (Holanda)

3 Páginas en francés: AETMIS (Canadá); CEDIT (Francia) y HAS (Francia).

2 Páginas en alemán: DAHTA @DIMDI y IQWiG (Alemania).

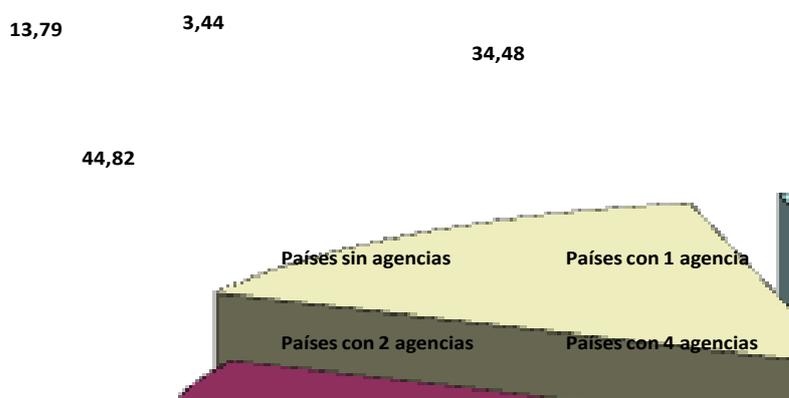
Otros idiomas: finés (FINOHTA); noruego (NOKC); polaco (AHTAPOL); portugués_(DECIT), italiano (Age.na) y catalán (CAHTA).

4.2.4.2.-Consultas Técnicas

Las CT son documentos en los que se evalúan aspectos concretos de una tecnología sanitaria destinados a contestar consultas puntuales. Son realizadas por 26 Agencias (52 % del total).

La **distribución geográfica** de estas Agencias está repartida en 18 países. El reparto de las mismas es el siguiente: en el 48,37% de los casos existe una Agencia por país que elabore CT, frente al 17,23% en que encontramos más de una Agencia por país. En el 34,48% de los países analizados no cuentan con Agencias que elaboren este tipo de documentos.

Ilustración 8: Distribución por países de CT



Fuente: elaboración propia

Tabla 17: Relación de países que elaboran CT.

<p><u>10 países sin Agencia (34,48%)</u>: Corea, Chile, Irlanda, Israel, Italia, Lituania, México, Suiza, Polonia, Tailandia.</p> <p><u>14 países con 1 Agencia (48,27%)</u>: Argentina, Australia, Bélgica, Brasil, Dinamarca, EEUU, Finlandia, Francia, Holanda, Malasia, Nueva Zelanda, Noruega, Suecia, y Taiwan.</p> <p><u>4 países con 2 Agencias (13,79%)</u>: Alemania, Australia, Canadá, y Reino Unido.</p> <p><u>1 país con 4 Agencias (3,44%)</u>: España.</p>
--

La **media de CT** elaborados por las Agencias es de 9,29 CT por año. En nueve casos, no hemos podido acceder a los títulos de los CT, porque la información no aparecía claramente especificada.

Este tipo de documentos están dirigidos a unas **audiencias** determinadas: autoridades y gestores, profesionales sanitarios y la industria. De las 26 Agencias, 18 (69,23%) declaran dirigirse a una autoridades sanitarias, 23 (88,46%) a gestores y planificadores sanitarios, 18 (69,23%) a profesionales sanitarios y cinco (19,23%) a la industria sanitaria.

La **terminología** empleada varía de unas Agencias a otras. El término más comúnmente empleado es “Rapid Reviews”, “Rapid Report” o “Consulta Técnicas” en el ámbito hispanohablante.

Tabla 18: Relación de Agencias de acuerdo a la terminología de las CT.

<p><u>6 Rapid Reviews (23,07):</u> ASERNIP-S (Australia); CADTH (Canadá); FinOHTA (Finlandia); MAS (Canadá); NOKC (Noruega); VATAP (EEUU).</p> <p><u>3 Rapid Report (11,53%):</u> CDE (Taiwan); IQWIG (Alemania); KCE (Bélgica).</p> <p><u>3 Consultas Técnicas (11,53%):</u> Avalia-t (España); CAHTA (España); IECS (Argentina).</p> <p><u>14 Otros (53,84%):</u> AETSA (España); CVZ (Holanda); DACEHTA(Dinamarca); DAHTA@DDIMDI (Alemania); DECIT (Brasil); GOG (Austria); HAS (Francia); HSAC (Nueva Zelanda); MAHTAS (Malasia); NETSCC, HTA (Reino Unido); NHS QIS (Reino Unido); Osteba (España); SBU (Suecia).</p>
--

El **acceso a los contenidos** de este tipo de documentos resulta variado. De las Agencias analizadas, sólo 18 (69%) ofrecen los textos completos. En los casos de las Agencias CAHTA (España) y MAS (Canadá) ofrecen texto completo y recomendaciones por separado.

Tabla 19: Relación de Agencias de acuerdo al acceso de las CT.

<p><u>7 Restricción por clave/ sin acceso a través de la web (26,92%):</u> CDE (Taiwan); DACHTA (Dinamarca); HSAC (Nueva Zelanda); IECS (Argentina); MAHTAS (Malasia); NOKC (Noruega); y OSTEBA (España).</p> <p><u>1 Resumen (3,84%):</u> SBU (Suecia).</p> <p><u>18 a texto completo (69,23%):</u> AETSA (España); Asernip-s (Australia); Avalia-t (España); CAHTA (España); CADTH (Canadá); CVZ (Holanda); DAHTA@DIMDI (Alemania); DECIT-CGATS (Brasil); FinOHTA (Finlandia); GÖG (Austria); HAS (Francia);</p>

IQWiG (Alemania); LBI of HTA (Austria); MAS (España); KCE (Bélgica); NETSS (Reino unido); NHS QUIS (Reino Unido); VATAP - VA (Estados Unidos).

Con la excepción de la Agencia sueca, que ofrece el texto en inglés, en el resto de los organismos estudiados, el **idioma** en el que ofrecen el texto completo es el original del país. Tan sólo en el caso de la Agencia KCE se ofrecen los documentos en tres idiomas de modo simultáneo (inglés; francés; holandés).

Tabla 20: Relación de Agencias de acuerdo al idioma de las CT.

8 páginas en inglés: ASERNIP-S (Australia); CADTH (Canadá), DACEHTA (Dinamarca); MAS (Canadá); NETSS (Reino unido); NHS QIS (Reino Unido); SBU (Suecia); VATAP - VA (Estados Unidos).

3 páginas en alemán: CVZ (Holanda); DAHTA @DIMDI (Alemania); IQWiG (Alemania)

2 páginas en austríaco: LBI of HTA (Austria) y GÖG (Austria).

2 páginas en castellano: AETSA (España) y Avalia-t (España).

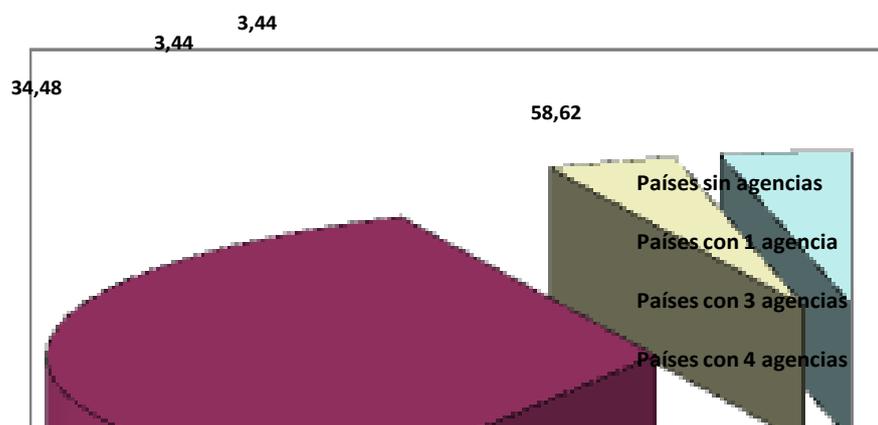
Otros idiomas Finés (FINOHTA); portugués (DECIT); Francés (HAS) catalán (CAHTA), noruego NOKC (Noruega).

4.2.4.3.- Fichas Técnicas

Las FT son definidas como documentos breves que resumen la evidencia científica más relevante sobre tecnologías nuevas y emergentes con el fin de servir de apoyo en la toma de decisiones ⁽¹¹²⁾. Se elaboran en 18 Agencias (36%).

La **distribución geográfica** de estos organismos está repartida en 12 países. En el 34,48% de los casos encontramos una Agencia por país que elabore FT, frente al 58,62% de países que, a pesar de tener Agencia de evaluación no elabora estos documentos. La duplicidad de Agencias en un mismo país es menor que en los casos anteriores.

Ilustración 9: Distribución por países de FT.



Fuente: elaboración propia

Tabla 21: Relación de países que elaboran FT.

<u>17 países sin Agencia (58,62%)</u> : Alemania, Argentina, Bélgica, Brasil, Chile, Corea, Dinamarca, Finlandia, Irlanda, Estados Unidos, Italia, Malasia, Lituania, Polonia, México, Tailandia, Taiwán.
<u>10 países con 1 Agencia (34,48%)</u> Austria, Canadá, Francia, Holanda, Israel, Noruega, Nueva Zelanda, Reino Unido, Suecia, Suiza.
<u>1 países con 3 Agencias (3,44%)</u> : Australia.
<u>1 países con 5 Agencias (3,44%)</u> : España.

La **media de FT** elaborados por las Agencias es de 137 documentos por año. En nueve casos, no constan los títulos, porque la información no aparecía claramente especificada.

Este tipo de documentos está principalmente dirigido a gestores, industria y profesionales sanitarios. Si comparamos estos datos con las **audiencias** a las que declaran dirigir la información nos encontramos que de las 16 Agencias encontradas:

15 (83,33%) declaran tener entre su público a autoridades sanitarias, 15 (83,33%) declaran ofrecer información a gestores y planificadores sanitarios, 12 (66,66%) a profesionales sanitarios, y cuatro (22,22%) a la industria sanitaria.

Al igual que sucedía en los anteriores casos, la **terminología** empleada varía de unas Agencias a otras. El término más comúnmente empleado es “Horizon Scanning” ya que lo emplean el 27,7% de las Agencias. En segundo lugar encontramos “Early Warning” con el 16,66%. Al igual que sucedía con los otros documentos analizados, algunas Agencias hispanohablantes traducen el término, siendo denominadas “Fichas Técnicas”.

Tabla 22: Relación de Agencias de acuerdo a la terminología de las FT.

<p>5 Horizon scanning (27,7%): AHTA (Australia); HSAC (Nueva Zelanda); LBI of HTA (Austria); MSAC (Australia) y MTU-SFOPH (Suiza).</p> <p>3 Early warnings (16,6%): ICTAHC (Israel); NOKC (Noruega) y ZonMW (Holanda).</p> <p>2 Fichas técnicas (11,11%): AETS (España); Avalia-t (España).</p> <p>8 Otros (44,44%): AETSA (España); Asernip-s (Australia); CADTH (Canadá); HAS (Francia); LBI HTA (Austria); NHSC (Reino Unido); Osteba (España); SBU (Suecia).</p>
--

El **acceso a los contenidos** de este tipo de documentos resulta variado. De los 16 casos analizados, la Agencia MTU (Suiza) requiere clave para acceder. En 10 Agencias permite el acceso al texto completo y en siete casos permite el acceso al resumen y al texto completo. En el caso de la Agencia española Osteba redirecciona a la red Euroscan.

Tabla 23: Acceso a los contenidos de FT.

<p>1 Acceso con clave (5,55%): MTU (Suiza)</p> <p>10 Texto completo (18,18%): AETS (España); AETSA (España); AHTA (Australia); Avalia-t (España); CADTH (Canadá); HSAC (Nueva Zelanda); LBI of HTA (Austria); MSAC (Australia); SBU (Suecia); ZonMw (Alemania).</p> <p>7 Resumen y texto completo (38,88%): AETS (España); AETSA (España); AHTA (Australia); Avalia-t (España); CADTH (Canadá); LBI of HTA (Austria); NHSC (Reino Unido).</p>
--

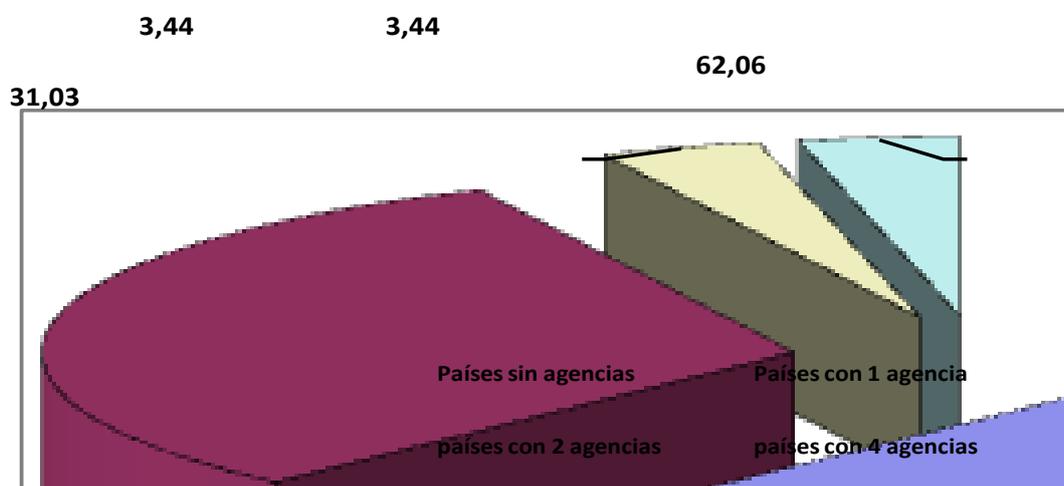
En la mayor parte de las Agencias analizadas ofrece el texto en su **idioma** original. Sólo en el caso de la Agencia española AETSA estos documentos se ofrecen en inglés y español.

4.2.4.4.-Guías de Práctica Clínica

Las GPC son documentos que recogen un conjunto de recomendaciones desarrolladas de modo sistemático, con el objetivo de guiar a profesionales y pacientes en la toma de decisiones sobre las decisiones más adecuadas al abordar una condición clínica específica.⁽²⁸⁾ Las GPC son producidas por 13 Agencias (26% del total).

La **distribución geográfica** de estos organismos está repartida en nueve países. En el 24,13% de los países cuentan con una Agencia que elabore GPC, frente al 68,96% que no cuentan con Agencias que elaboren estos documentos. En el 6,88% de los casos encontramos países con más de una Agencia.

Ilustración 10: Distribución por países de GPC



Fuente: elaboración propia

Tabla 24: Relación de países que elaboran GPC.

<p><u>20 países sin Agencia (68,96%):</u> Alemania, Argentina, Austria, Brasil, Chile, Corea, Dinamarca, Finlandia, Holanda, Israel, Italia, Nueva Zelanda, Suiza, Malasia, Noruega, Suecia, Lituania, Polonia, Taiwan, Tailandia.</p> <p><u>7 países con 1 Agencia (24,13%):</u> Bélgica, Canadá, EEUU, Francia, Irlanda, México, Reino Unido.</p> <p><u>1 País con 2 Agencias (3,44%):</u> Australia.</p> <p><u>1 País con 4 Agencias (3,44%):</u> España.</p>
--

En cuanto a la **terminología** empleada para a este tipo de documentos, el 38,46% de las Agencias las denominan Guías de Práctica Clínica. Todos ellos son países de habla hispana. El 15,38% de las Agencias denominan a estos productos “Clinical Practice Guidelines”. En la misma proporción, las denominan simplemente “Guidelines”. El resto de Agencias ofrecen nombres de modo aislado.

Tabla 25: Relación de Agencias de acuerdo a la terminología de las GPC.

<p><u>5 Guías de Práctica Clínica:</u> AETSA (España); Avalia-t (España); CAHTA (España); CENETEC (México) y UETS (España).</p> <p><u>2 Clinical Practice Guidelines:</u> AHRQ (EEUU) y ASERNIP-S (Australia).</p> <p><u>2 Guidelines</u> AHTA (Australia) y HIQA (Irlanda).</p> <p><u>4 Otros:</u> HAS (Francia); IHE (Canadá); KCE (Bélgica); NHS QIS (Reino Unido).</p>
--

El **acceso a los contenidos** de este tipo de documentos resulta algo más complejo que en los anteriores casos. Recordemos que estos documentos pueden tener hasta cuatro versiones en función del uso y los destinatarios ⁽²⁴⁾; versión completa, resumida, rápida y para pacientes.

Sólo el 15,38% de las Agencias ofrece tres versiones de las GPC (completa, resumida y para pacientes). Por el contrario son nueve las Agencias que ofrecen de modo exclusivo el acceso al texto completo de la guía.

Tabla 26: Relación de Agencias de acuerdo al acceso a las GPC.

<p><u>2 Agencias con acceso a tres versiones (15,38%):</u> AHRQ (Estados Unidos) y NHS QIS (Reino Unido).</p> <p><u>2 Agencias con acceso a 2 versiones (15,38%):</u> Avalia-t (España) y CAHTA (España).</p> <p><u>8 Agencias con acceso a 1 versión (61,53%):</u> AETSA (España); AHTA (Australia), ASERNIP- (Australia); CENETEC (México); HIQA (Irlanda); IHE (Canadá); KCE (Bélgica); UETS (España).</p> <p><u>1 Agencia con acceso al resumen (7,69%):</u> HAS (Francia).</p>

En la mayor parte de las Agencias analizadas ofrece el texto en su **idioma** original:

- Diez Agencias ofrecen de modo exclusivo los documentos en el idioma nacional y/o regional propio. Son los casos de las Agencias AETSA (España), AHTA (Australia), ASERNIP-S, Avalia-t (España), CAHTA (España), CENETEC (México), HAS (Francia), HIQA (Irlanda), NHSQIS (Reino Unido), y UETS (España).
- Dos Agencias ofrecen los documentos en otro idioma además del propio. Son los casos de AHRQ (Estados Unidos) y KCE (Bélgica).
- En el caso de la Agencia IHE (Canadá), tan sólo lo ofrece en uno de los idiomas oficiales, en inglés.

4.2.4.5.-Otros tipos de documentos

Junto a los documentos propios de las Agencias, hemos observado que en ocasiones estos centros elaboran de modo adicional otros documentos de interés como documentos metodológicos, información para pacientes, o evaluaciones económicas. A continuación pasamos a describir algunas de las tipologías localizadas.

a.- Documentos metodológicos

A efectos de este trabajo se han considerado documentos metodológicos aquellos trabajos que describan la metodología empleada en cualquiera de las funciones, procedimientos o productos elaborados por las Agencias; 12 Agencias (24%) declaran llevar a cabo la elaboración de documentos metodológicos.

La **distribución por países** es la que se presenta a continuación. En el 72,41% de los países no cuentan con Agencias que elaboren documentos metodológicos, frente al 6,89 % de países que tiene más de una Agencia.

Ilustración 11: Distribución por países en la elaboración de documentos metodológicos



Fuente: elaboración propia

Tabla 27: Relación de países que elaboran documentos metodológicos.

<p><u>21 países sin Agencia que elabore Documentos metodológicos (72,41%):</u> Alemania, Argentina, Australia, Austria, Bélgica, Canadá, Finlandia, Francia, Holanda, Israel, Italia, Corea, Lituania, Malasia, Noruega, Nueva Zelanda, Polonia, Suecia, Suiza, Tailandia, Taiwan.</p> <p><u>6 países con 1 Agencia que elabore Documentos metodológicos (20,68%):</u> Brasil, Chile, Dinamarca, EEUU, Irlanda, México.</p> <p><u>1 país con 2 Agencias que elabore Documentos metodológicos (3,44%):</u> Reino Unido.</p> <p><u>1 país con 4 Agencias que elabore Documentos metodológicos (3,44%):</u> España</p>

En todas las Agencias analizadas, el **acceso a los contenidos** es al texto completo.

En la mayor parte de las Agencias analizadas se ofrece el texto en su **idioma/s** original/es, con la excepción de DACEHTA (Dinamarca) que ofrece el texto en inglés. Si analizamos en que idiomas encontramos disponible esta información, el reparto es el que presentamos a continuación:

- Seis Agencias ofrecen las GPC en inglés,
- Cuatro Agencias tienen estos documentos en castellano
- Una Agencia (CAHTA, España) dispone de modo exclusivo de los textos en catalán
- Una Agencia (DECIT) en portugués.

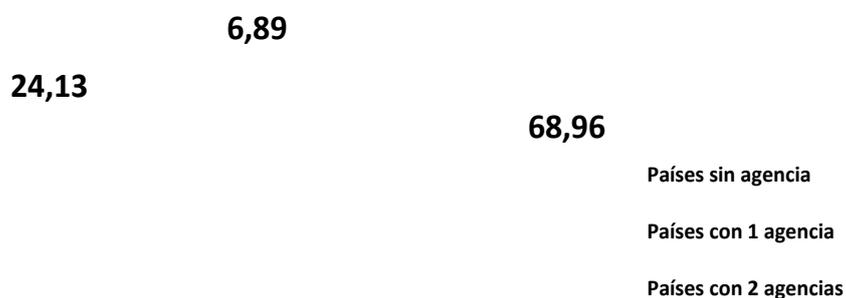
**Una Agencia ofrece de modo simultáneo estos documentos en inglés y castellano.

b.- Información para pacientes

A efectos de este trabajo se entenderá “información para pacientes”, todos aquellos documentos destinados tanto a los propios pacientes como a sus allegados y en el que se ofrece información sobre una determinada enfermedad, técnica de diagnóstico o fármaco. Este tipo de documentos es realizado por 11 Agencias (22%).

La **distribución por países** es la siguiente: en el 68,69% de los países no cuentan con Agencias dedicadas a la elaboración de estos documentos, mientras que en el 24,13% encontramos países con una Agencia dedicada a la elaboración de los mismos.

Ilustración 12: Distribución por países en la elaboración de información para pacientes.



Fuente: elaboración propia

Tabla 28: Relación de países que elaboran información para pacientes.

<p>20 países sin Agencia (68,96%): Argentina, Austria, Bélgica, Brasil, Chile, Corea, Dinamarca, Finlandia, Holanda, Israel, Italia, Lituania, Malasia, México, Nueva Zelanda, Polonia, Suecia, Suiza, Tailandia y Taiwán.</p> <p>7 países con 1 Agencia (24,13%): Alemania, Australia, Canadá, España, Francia, Irlanda, y Noruega.</p> <p>2 países con 2 Agencias (6,89%): Estado Unidos y Reino Unido.</p>
--

Las **audiencias** a las que se dirigen estos documentos son ciudadanos y pacientes, tal y como su propio nombre indica. Sin embargo, de las Agencias que elaboran estos informes, sólo 8 declaran dirigirse a este colectivo. Por el contrario, nos encontramos los casos de 3 Agencias que elaboran información para pacientes, a pesar de no tenerlo definido como audiencia.

<p>8 Agencias que elaboran Información para ciudadanos: AETSA (España); AHRQ (Estados Unidos); ASERNIP (Australia); HAS (Francia); HIQA (Irlanda); IQWIG (Alemania); NHS-QUIS (Reino Unido) y NOKC (Noruega).</p>
--

En todas las Agencias, el **acceso a los contenidos** es al texto completo.

Por otra parte, todas las Agencias ofrecen sus documentos en el **idioma** original del país. De modo adicional, la Agencia AHRQ, lo ofrece, además del inglés, en castellano, y la Agencia noruega NOKC, en inglés además de noruego.

Tabla 29: Relación de Agencias de acuerdo al idioma de la información para pacientes.

<p>Inglés: Asernip-S (Australia); HIQA (Irlanda); IQWIG (Alemania); NETSCC (Reino Unido); HTA, NHS QIS (Reino Unido) y VATAP (Estados Unidos).</p> <p>Inglés y castellano: AHRQ (Estados Unidos).</p> <p>2 páginas en inglés y Francés: MAS (Canadá).</p> <p>2 páginas en inglés y noruego: NOKC (Noruega).</p> <p>1 página en castellano: AETSA (España).</p> <p>1 página en francés: HAS (Francés).</p>

c.- Revisiones Cochrane

Las Revisiones Cochrane, al igual que los IE, son RS que resumen los resultados de los estudios disponibles y proporcionan un alto nivel de evidencia sobre la eficacia de las intervenciones en temas de salud en circunstancias específicas. Su objetivo es facilitar la toma de decisiones a clínicos, pacientes, administradores y otros actores implicados en la asistencia sanitaria.

Tal y como hemos visto con anterioridad el nacimiento de la Colaboración Cochrane, organización internacional y sin ánimo de lucro, ha sido de gran relevancia para la aparición y desarrollo de la ETS. Asimismo, en muchos de los países analizados, las Agencias de ETS, conviven de modo simultáneo con centros Cochrane nacionales, tales son los casos de la Agencia argentina, la finlandesa o la noruega.

Producto de esta situación estas Agencias, además de elaborar los documentos propios, participan en la elaboración de las llamadas RS Cochrane.

Dado el carácter y filosofía de esta institución, el **acceso a los contenidos** está restringido a los suscriptores de la base de datos Cochrane. De acuerdo a los criterios de publicación de la Organización Cochrane, todos los documentos elaborados están disponibles en inglés.

d.- Evaluaciones económicas

El objetivo de estos documentos es conocer cómo asignar eficientemente los recursos disponibles entre múltiples alternativas para el tratamiento, promoción, mantenimiento y mejora de la salud a través de la elaboración de RS.

Son siete las Agencias que elaboran evaluaciones económicas. Son los casos de HAS (Francia), HSAC (Nueva Zelanda), IHE (Canadá), NHS QIS (Reino Unido), NHSC (Reino Unido) y NOKC (Noruega) y CDE (Taiwan).

En todas las Agencias, el **acceso a los contenidos** es al texto completo.

e.- Evaluación de fármacos

Los estudios de evaluación de medicamentos son documentos a través de los cuales se pretende determinar el impacto de su uso sobre el bienestar social, en función de sus efectos sobre la salud y sobre los recursos, a través de la elaboración de RS.

Es elaborado por cuatro de las 50 Agencias analizadas (8%). Son los casos de AETSA (España), AHTA (Australia), CADTH (Canadá) y CDE (Taiwán).

En todas ellas, el **acceso a los contenidos** es al texto completo.

f.- Otros documentos

Siete Agencias cuentan con otro tipo de documentos, diferentes a los analizados en los apartados anteriores, la mayoría dirigidos a la investigación primaria. En algunos casos se trata de documentos o actividades de uso interno, y que por lo tanto no son publicadas.

Tabla 30: Otros documentos elaborados por las Agencias de ETS.

Agencia	Denominación	definición	publicación
ASERNIP-S⁽⁷⁰⁾ (Australia)	ASERNIP-S Evidence Essentials	Resumen estructurado de un estudio donde se incluye: una valoración de la calidad de la evidencia, un comentario adaptado al ámbito australiano y principales conclusiones.	si
Avalia-T⁽²⁵⁾ (España)	Investigación avaliativa	Recogida de datos primarios, con el objetivo de incrementar el conocimiento científico de una línea de investigación específica.	si
	Informes breves	Documentos de uso interno destinados a contestar con brevedad consultas puntuales. Su estructura está condicionada por el marco en el que se desea la respuesta.	No
CAHTA⁽⁶⁶⁾ (España)	Asesorías	Servicio de asesoría ofrecido a estructuras sanitarias de ámbito público y privado.	No
	Protocolos	No consta	No consta
	Priorización de investigación, gestión de investigación	No consta	No consta
FinOHTA⁽⁸¹⁾ (Finlandia)	Taupdates	Resúmenes traducidos al finés de IE publicados por las Agencias de ETS en otros países.	si
KCE⁽¹²⁷⁾ (Bélgica)	Health Services Research	Estudios de financiación y organización de la asistencia sanitaria que requieren una amplia gama de estrategias de investigación.	no
NOKC⁽¹⁰⁰⁾ (Noruega)	Systematic reference list	Discusión de los actuales estudios ETS a nivel internacional	si
	Quality measurement s	No consta	no
	User experiences surveys		no
OSTEBA⁽¹⁰¹⁾ (España)	Osteba responde	Respuesta rápida a la solicitud de información en la que se realiza una RS sin interpretación de resultados.	no
	Investigación comisionada	Temas dirigidos a cuestiones concretas de la investigación en servicios de salud y ETS, en el contexto del País Vasco.	no

4.2.5.- Estrategias de difusión y diseminación

La elaboración de una adecuada estrategia de difusión y diseminación es imprescindible para que una Agencia de ETS pueda hacer llegar sus recomendaciones a las audiencias establecidas. En este sentido, y con el fin de conocer las líneas de difusión de las Agencias, se han analizado cuatro variables: presencia de éstas en las páginas web, producción científica de las Agencias servicios de indización y recuperación de la información, y lo que hemos denominado nuevos servicios de información al usuario.

4.2.5.1. Presencia de página web institucional

La llegada de la Internet supuso un cambio radical en la difusión y diseminación de la información. La presencia de instituciones, y en concreto de las Agencias de ETS en la Web ha generado información muy útil para diferentes colectivos. La importancia de la red en la difusión de información lo demuestra el hecho de que en la actualidad, exceptuando dos casos (la Agencia coreana y la malaya), el resto de Agencias cuentan con página web propia.

Sin embargo, debemos tener en cuenta que el desarrollo de Internet, y la facilidad de publicación de contenidos, también han propiciado la creación de páginas carentes de rigor. En este contexto se ha hecho necesaria la adopción de una serie de criterios que ayuden a discernir la credibilidad, la fiabilidad y en definitiva, la calidad de las informaciones que este medio nos proporciona ⁽¹⁹⁸⁾.

Con el fin de comprobar la calidad y difusión de las páginas de las Agencias analizaremos la actualización de contenidos y los idiomas en los que se encuentran disponibles.

La información para este apartado se ha obtenido través de las páginas web de las Agencias ^(25, 65-106).

4.2.5.1.1 Actualización de la página web

De las 48 páginas analizadas, 34 Agencias no hacían constar la **actualización** de la información (70,83%). Sólo tres Agencias declaran haber actualizado los contenidos de la página en el último año (6,25%) y 11 en los últimos seis meses (22,91%).

Tabla 31: Relación de Agencias de acuerdo a la actualización de las páginas web.

<p><u>Actualización de contenidos en los últimos 6 meses:</u> AETMIS (Canadá); ASERNIP-s (Australia); CADTH (Canadá); CENETEC (México); CRD (Reino Unido); KCE (Bélgica); LBI (Austria); MAS (Canadá); MSAC (Australia); NETSCC (Reino Unido); VATAP (Estados Unidos).</p> <p><u>Actualización de contenidos en el último año:</u> CAHTA (España); DAHTA (Alemania) y FinOHTA (Finlandia).</p> <p><u>Sin constancia de actualización:</u> AETS (España); AETSA (España); Agena (Italia); AHRQ (Estados Unidos); AHTA (Australia); AHTAPol (Polonia); Avalia-t (España); CDE (Taiwan), CEDIT (Francia); CVZ (Holanda); DECIT-CGATS (Brasil); DSI (Dinamarca); ETESA (Chile); GOG (Austria); GR (Holanda); HAS (Francia); HIQA (Irlanda); HITAP (Tailandia); HSAC (Nueva Zelanda); IECS (Argentina); IHE (Canadá); IQWIG (Alemania); MTU (Suiza); NHS QUIS (Reino Unido); NHSC (Reino Unido); NOKC (Noruega); Osteba (España); SBU (Suecia); UETS (España); UVT (Italia); VASVT (Lituania); ZonMW (Holanda).</p>

4.2.5.1.2 - Idiomas de la página web

El análisis de los idiomas en los que la página web está disponible, nos permite conocer la intención de difusión nacional y/o internacional por parte de las Agencias.

En 26 casos (54,16%) las Agencias ofertan sus páginas sólo en el/los idiomas originales del país. En 20 casos, además del idioma propio, permiten la posibilidad de consultarlo en otro

idioma, el inglés. Cabe mencionar el caso de la Agencia MTU (Suiza) que ofrece su página de modo exclusivo en inglés.

4.2.5.2.- Producción científica de las Agencias

Una de las fuentes más importantes de difusión del conocimiento son las publicaciones científicas. Escribir en revistas especializadas es una de las labores más relevantes en el quehacer del cualquier investigador, ya que éstas contribuyen a difundir un conocimiento nuevo.

El estudio de la producción científica, la denominada bibliometría, cumple una función significativa ya que permite, entre otras cosas, conocer la producción de determinados investigadores, los centros a los que pertenecen y sus metodologías de investigación.

4.2.5.2.1.-Análisis de artículos

Con el fin de conocer la producción científica de las Agencias de ETS, se ha llevado a cabo un análisis de los artículos científicos publicados por las Agencias objeto de estudio. Se analizaron un total de 3570 referencias. Esta cifra supone la suma total de artículos localizados en las bases de datos Medline, Embase e ISI WOK (la estrategia de búsqueda se encuentra disponible en el anexo II).

De acuerdo a los datos obtenidos, las Agencias publican una **MEDIA** de 8 artículos al año. Si bien los datos globales resultan ciertamente altos, debemos tener en cuenta, sin embargo la disparidad producida de unas Agencias a otras. Así destacan los casos de la Agencia AHRQ ⁽¹¹⁶⁾ y DSI (48 artículos por año). Por el contrario, nos encontramos con Agencias que, o bien no han elaborado ningún artículo científico desde su creación, o bien los artículos elaborados no se encuentran en ninguna de las bases de datos analizadas. Son los casos de la Agencia CNHTA (Corea), HSAC (Nueva Zelanda), MTU-SFH (Suiza) y VASPT (Lituania).

Tabla 32: Media de artículos publicados por Agencias.

	Artículos totales	Años de vida Agencia	artículos por año		Artículos totales	Años de vida Agencia	Artículos por año
AETMIS	24	22	1,09	HAS	88	5	17,6
AETS	41	16	2,5	HIQA	5	3	1,66
AETSA	43	14	2,6	HITAP	31	3	10,33
Age.na.s	9	17	0,52	HSAC	0	3	0
AHRQ	815	7	116,4	ICTAHC	13	12	1.08
AHTA	16	9	0,66	IECS	80	no consta	no consta
AHTAPol	2	5	0,4	IHE	374	16	23.374
ASERNIP-S	89	12	7,41	IQWiG	151	7	21,57
Avalia-t	33	11	3	KCE	103	8	12,875
CADTH	62	21	2,95	lbi-hta	4	4	1
CAHTA	175	19	9,21	MaHTAS	1	15	0,06
CDE	12	12	1	MAS	9	9	1
CEDIT	15	28	0,53	MSAC	1	12	0,008
CENETEC	2	6	0,3	MTU-SFOPH	0	18	0
CNHTA	0	no consta	0	NETSCC, HTA	21	17	1,23
CRD	385	16	24,06	NHS QIS	38	7	5,42
CVZ	26	9	2,88	NHSC	11	12	0,91
DACEHTA	15	13	0.23	NOKC	280	6	46,6
DAHTA @DIMDI	12	10	1,2	OSTEBA	30	18	1,66
DECIT-CGATS	1	3	0,3	SBU	234	23	10,17
DSI	97	2	48,5	UETS	13	18	0,72
ETESA	0	13	0	UVT - HTA	5	7	0,71
FinOHTA	100	15	6,66	VASPV	0	9	0
GÖG	18	3	6	VATAP - VA	1	3	0,33
GR	56	7	8	ZonMw	29	15	1,93

El **IDIOMA** de la publicación de cualquier artículo es determinante, por cuanto indica la difusión internacional/nacional de un artículo en la comunidad científica. En este sentido, en el 64,77% de los artículos están escritos en el idioma original de la Agencia. En su mayor parte se trata de artículos de Agencias de habla inglesa (80,05%), aunque también encontramos Agencias de habla hispana (5,01%), Agencias alemanas (4,58%), francesas (2,76%), o suecas (2,16%) entre otras.

Frente a estas, el 35,17% de los artículos están escritos en un idioma diferente al idioma oficial de la Agencia. En la mayor parte de los casos (99,36%) son artículos publicados en inglés.

Al análisis de los **AÑOS DE PUBLICACIÓN** de los artículos analizados permite conocer la evolución de las Agencias. Tal y como puede observarse en la tabla, se ha producido un crecimiento exponencial desde el año 1987, fecha de creación de la primera Agencia, hasta el 2009.

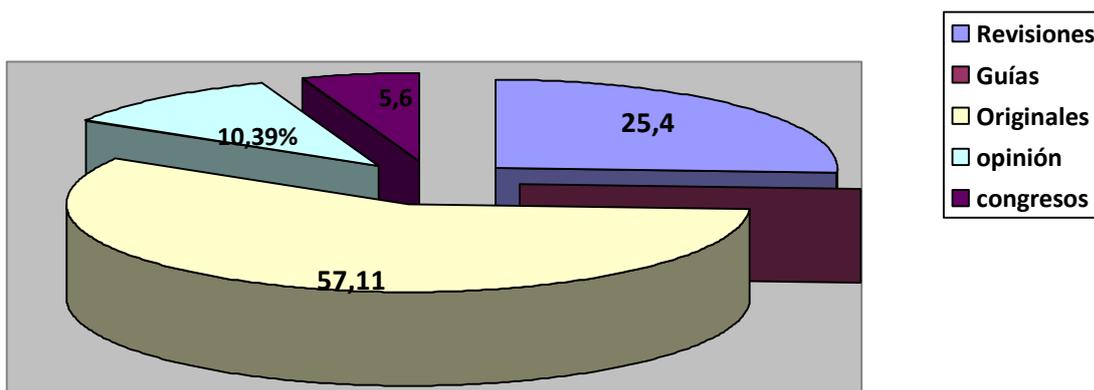
Tabla 33: Crecimiento de artículos por año y Agencia.

	Nº de artículos	Nº Agencias	Media artículo/ Agencia		Nº de artículos	Nº Agencias	Media artículo/ Agencia
1987	1	1	1	1999	55	32	1,71
1988	1	2	0,5	2000	88	33	2,6
1989	1	3	0,33	2001	110	38	2,8
1990	1	3	0,33	2002	114	39	2,9
1991	4	4	1	2003	140	42	3,3
1992	3	7	0,42	2004	198	44	4,5
1993	8	8	1	2005	317	47	6,7
1994	16	14	1,142	2006	426	48	8,8
1995	22	16	1,375	2007	414	50	8,2
1996	31	18	1,72	2008	456	50	9,12
1997	43	20	2,15	2009	565	50	11,3
1998	45	24	1,875	2010	506	50	10,12

La presencia de las Agencias en la publicación científica los primeros años es meramente testimonial, ya que durante los años ochenta y los noventa, la media de artículos por año y por Agencia no supera los dos artículos. Es a partir de 2000, cuando la producción de las Agencias aumenta considerablemente hasta el año 2009 en que las Agencias publican una medida de 11,3 artículos por año, tal y como se muestra en la tabla 32.

TIPO DE DOCUMENTO. Este dato nos permite conocer el tipo de investigación más empleado por las Agencias. De los artículos localizados en las bases de datos, los tipos de artículos son los que se exponen a continuación:

Ilustración 13: Tipos de artículos científicos publicados por Agencias.



- El tipo de artículo que más predomina es el artículo original (57,11% de la producción total) repartido en 36 Agencias. Las Agencias que más artículos originales elaboran son AHRQ (499 artículos) e IHE (251).
- En segundo lugar encontramos los documentos de revisión (25,4%) repartidas en 28 Agencias. La Agencia con mayor número de revisiones son el CRD (251 artículos) y AHRQ⁽¹²⁾.
- Los artículos de opinión (10,7%) están publicados por 18 Agencias, siendo la Agencia AHRQ (123 artículos), seguido de la Agencia sueca SBU (42), las que más han publicado.
- En último lugar cabe destacar las guías clínicas (1,5%) elaborado por siete de las 15 Agencias que declaran elaborar este tipo de documentos. Cabe destacar el caso de la Agencia AHRQ con 24 documentos.

4.2.5.2.1.-Análisis de los títulos de las revistas

Los 3570 artículos han sido publicados en un total de 856 revistas. La presencia de estas publicaciones muestra, sin duda alguna, una gran dispersión. Así, tal y como aparece reflejado en la tabla 33, el 16% de los títulos aparece sólo una o dos veces, no siendo utilizado por las Agencias como canal de difusión habitual.

Debemos destacar, sin embargo, que el 20,22% de los títulos, se encuentra concentrado en cinco revistas; dos directamente relacionadas con la ETS (“International Journal of Technology Assessment in Health Care” y “Health Technology Assessment” ambos elaborados por organismos vinculados a la metodología de la ETS) y tres de ámbito clínico (“Medical Care”, “Value in Health” y la revista BMJ).

Tabla 34: Número de veces que aparece un título

1 Vez	441	15 veces	1	32 veces	3
2 veces	135	16 veces	5	34 veces	1
3 veces	76	17 veces	2	35 veces	2
4 veces	38	18 veces	1	38 veces	1
5 veces	28	19 veces	2	40 veces	1
6 veces	22	20 veces	2	49 veces	2
7 veces	17	21 veces	1	53 veces	1
8 veces	11	22 veces	3	60 veces	1
9 veces	12	23 veces	1	63 veces	1
10 veces	9	24 veces	1	77 veces	1
11 veces	10	25 veces	1	81 veces	1
12 veces	6	26 veces	1	97 veces	1
13 veces	3	27 veces	2	185 veces	1
14 veces	5	29 veces	1		

- La revista donde las Agencias publican mayor número de artículos es el International Journal of Technology Assessment in Health Care, con un total de 185 artículos (5,18%), Esta revista es elaborada por la Sociedad Internacional de ETS (ISTAHC) y se constituye como un foro para los colectivos interesados en la ETS y su impacto en la sociedad. Se encuentra indizada en las tres bases de datos. El total de Agencias que ha publicado en esta revista alguna vez es de 30 (60% de las Agencias).
- En segundo lugar (97 artículos), encontramos la revista Health Technology Assessment, elaborada por la National Co-ordinating Centre for HTA (Reino Unido). Al igual que en el anterior caso se trata de una revista especializada en el campo de la ETS y por lo tanto su público es mayoritariamente usuarios afines a esta metodología de trabajo. Se encuentra indizada en las tres bases de datos. A pesar de tratarse de la segunda revista más frecuente, en ella tan sólo han publicado cinco Agencias (10% del total de Agencias); son los casos del CRD (Reino Unido) con 80 artículos (82,47%), AETMIS (Canadá), AHTAPol (Polonia), IECS (Argentina) con un artículo cada una, y NETSC (Reino Unido) con 5 artículos.
- En tercer lugar (81 veces) se sitúa la revista Medical Care, revista oficial de la sección “Medical Care” del American Public Health Association. A pesar de ser la tercera revista más empleada por las Agencias, y tal y como sucedía en el anterior caso en ella tan sólo han publicado cinco Agencias (10%); la Agencia AHRQ (Estados Unidos), CAHTA (España), IHE (Canadá), NOKC (Noruega) y SBU (Suecia).
- En cuarto lugar está la revista “Value in health: the journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research”, elaborada por la International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research. En esta revista han publicado un total de 18 Agencias (36%).
- En 63 ocasiones, encontramos la revista BMJ, dirigida a clínicos e investigadores. Diez son las Agencias que han publicado en esta revista (20% del total): AHRQ (Estados Unidos), ASERNIP (Australia), CRD (Reino Unido), FINOHTA (Finlandia); HAS (Francia), IECS (Argentina), IQWIG (Alemania), KCE (Bélgica), NOKC (Noruega) y SBU (Suecia).

Con el propósito de disponer de un indicador que cuantificase la importancia de las revistas científicas, hemos analizado el número de revistas que tenían **FACTOR DE IMPACTO** en el año de su publicación. Debemos tener en cuenta, sin embargo, que si bien el factor de impacto tiene una influencia enorme, se trata de un indicador controvertido, por el modo en que las revistas son evaluadas ⁽¹⁹⁹⁾. En cualquier caso, observamos cómo el 54,90% de los artículos analizados contaban con factor de impacto. Dichos artículos fueron publicados por 42 Agencias.

Tabla 35: Relación de publicaciones con factor de impacto.

	Artículos totales	Artículos con F.I	% artículos con FI
AETMIS	24	16	66,66%
AETS	41	24	58,53%
AETSA	43	24	55,81%
Age.na.s	9	5	55,55%
AHRQ	815	424	52,02%
AHTA	16	11	68,75%
AHTAPol	2	2	100%
ASERNIP-S	89	56	62,92%
Avalia-t	33	18	54,54%
CADTH	62	33	53,22%
CAHTA	175	119	68%
CDE	12	9	75%
CEDIT	15	9	60%
CENETEC	2	-	-
CNHTA	0	-	-
CRD	385	182	47,27%
CVZ	26	1	3,84%
DACEHTA	15	12	80%
DAHTA @DIMDI	12	4	33,33%
DECIT-CGATS	1	-	-
DSI	97	44	45,36%
ETESA	0	-	-
FinOHTA	100	69	69%
GÖG	18	8	44,44%
GR	56	9	16,07%

	Artículos totales	Artículos con FI	% artículos con FI
HAS	88	35	39,77%
HIQA	5	2	40%
HITAP	31	20	64,51%
HSAC	0	-	-
ICTAHC	13	6	46,15%
IECS	80	35	43,75%
IHE	374	267	71,39%
IQWiG	151	78	51,65%
KCE	103	50	48,54%
Ibi-hta	4	3	75%
MaHTAS	1	-	-
MAS	9	7	11,11%
MSAC	1	1	100%
MTU-SFOPH	0	-	-
NETSCC	21	13	61,90%
NHS QIS	38	15	39,47%
NHSC	11	3	27,27%
NOKC	280	159	5,67%
OSTEBA	30	24	80%
SBU	234	134	57,26%
UETS	13	11	84,61%
UVT - HTA	5	3	60%
VASPVT	0	-	-
VATAP - VA	1	-	-
ZonMw	29	10	34,48%

La clasificación de las revistas de acuerdo a las **ESPECIALIDADES** se ha consultado a través del JCR, o en su defecto, del Scimago Journal Ranking. La información obtenida permite conocer las áreas de conocimiento en las que las Agencias trabajan habitualmente, y las audiencias a las que pretende dirigirse, ya que los especialistas de los respectivos campos suelen acudir a las mismas para la actualización del conocimiento.

De acuerdo a los datos obtenidos, las 856 revistas pertenecen a 68 especialidades diferentes que hemos dividido en cuatro grandes áreas temática: ciencias clínicas (que reúne 41 especialidades), ciencias básicas (con un total de 12 especialidades), enfermería (como única especialidad) y otros (en ella se agruparían a las especialidades que no incorporan ninguna de las anteriores).

a.- Ciencias Clínicas:

Este primer apartado es el que agrupa mayor número de especialidades (un total de 41) y de revistas (700 títulos).

Tabla 36: Listado de revistas de acuerdo a las especialidades. Revistas clínicas

Especialidades	revistas	artículos
1. Allergy	10	14
2. Anesthesiology	14	25
3. Cardiac & Cardiovascular systems	29	69
4. Clinical neurology	27	63
5. Critical Care medicine	8	20
6. Dentistry, oral surgery & medicine	17	37
7. Dermatology	6	9
8. Emergency medicine	11	27
9. Endocrinology & metabolism	20	78
10. Engeenering, Biomedical	3	3
11. Gastroenterology &hepatology	24	33
12. Geriatrics & Gerontology	8	32
13. Health care Sciences & Services	68	968
14. Hematology	8	12
15. Infectious diseases	23	64
16. Integrative & Complementary medicine	5	5
17. Medical informatics	10	20
18. Medical Laboratory Technology	3	4
19. Medicine general &interne	90	761
20. Medicine, legal	3	3
21. Neurology	9	20
22. Neurosurgery	2	2
23. Obstretrics &Gynecology	28	62
24. Oncology	23	52
25. Ophthalmology	8	16
26. Orthopedics	6	11
27. Otorrhinolaringology	4	4
28. Pediatrics	25	106
29. Peripheral vascular diseases	8	22
30. Psychiatry &psychology	37	68
31. Public, enviromental &occupational health	55	225
32. Radiology, Nuclear medicine & medical imaging	18	36
33. Rehabilitation	11	21
34. Respiratory system	11	25
35. Rheumatology	13	19
36. Sports science	1	2
37. Substance abuse	8	14
38. Surgery	16	71
39. Toxicology	1	1
40. Transplantation	6	17
41. Urology & Nephrology	24	80

En el ámbito clínico, tres son las especialidades que destacan:

- Health Care & Services con un total de 968 artículos concentrados en 68 revistas. Los usuarios más habituales de este tipo de revista suelen ser autoridades sanitarias, y gestores, por cuanto tratan temas relacionados con la gestión y servicios sanitarios. Cabe destacar sin embargo que el 45,55% de los artículos se encuentran concentrados en sólo cuatro títulos; International Journal of Technology Assessment in Health Care (185 artículos), Health Technology Assessment (97), Medical Care (85), y Value in Health (78), ya descritos anteriormente.

Prácticamente todas las Agencias tienen presencia en mayor o menos medida en esta especialidad, con la excepción de ocho organismos: la Agencia coreana CNHTA, la brasileña DECIT, ETESA (Chile), GR, Holanda; LBI HTA (Austria); MAHTAS (Malasia), MTU (Suiza) y la Agencia lituana.

- Medicine General & internal: con un total de 761 artículos concentrados en 90 revistas. Cabe destacar sin embargo que el 29,56% de los artículos están concentrados en cuatro revistas: BMJ (63), Cochrane (60), Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde (53) y Lakartidningen (49).

Hasta un total de 18 Agencias tienen presencia en esta especialidad. Esta especialidad abarca no sólo a médicos internistas, y primaria, sino que las revistas que contiene son de interés general para cualquier profesional de la práctica médica, tanto en su ámbito clínico como gestor o epidemiológico. Por tanto consideramos también esta especialidad como un buen canal de difusión de la información de las Agencias.

Public, Environmental & occupational Health con 225 artículos repartidos en 55 revistas. Cabe destacar sin embargo que un porcentaje alto de estos artículos se concentran en las siguientes revistas; Journal of Clinical Epidemiology (38 artículos), Scandinavian Journal of Public Health (16), European journal of public health (11), BMC Public health (11), American Journal of Public Health (11) y American Journal of Preventive Medicine (11).

Esta especialidad está representada, en mayor o menor medida por 32 Agencias.

B.- Ciencias básicas

La especialidad de ciencias básicas, reúne un total de 12 especialidades, 89 títulos de revistas y abarca 268 artículos.

Tabla 37: Listado de revistas de acuerdo a las especialidades. Revistas básicas

Especialidades	revistas	artículos
1. Anatomy & Morphology	1	1
2. Biochemical Research methods	1	1
3. Biochemistry & Molecular biology	3	3
4. Biology	8	18
5. Cell biology	2	2
6. Developmental biology	1	6
7. Genetics &heredity	12	18
8. Immunology	3	14
9. Medicine, Research & Experimental	11	40
10. Microbiology	3	3
11. Pathology	2	2
12. Pharmacology &Pharmacy	38	128

De entre todas las especialidades, cabe destacar dos especialidades

- Pharmacology & pharmacy con un total de 127 artículos repartidos en 38 revistas. Las revistas con mayor número de artículos (47,24% de los artículos) son cuatro: Pharmacoconomics (25 artículos), Pharmaceutisch Weekblad (13), Pharmacoepidemiology and Drug Safety (9) y Expert Review of Pharmacoconomics and Outcomes Research (9).

Esta especialidad está contemplada en 19 de las Agencias analizadas.

- Medicine Research & Experimental: esta especialidad recoge un total de 40 artículos en 11 revistas, la mayor parte de ellas concentradas en la revista BMC Medical Research Methodology (23 artículos). La importancia del empleo de esta revista como canal de difusión de la información generada por las Agencias es el colectivo al que va dirigida, ya que los investigadores son a la vez fuente y uso de este tipo de información, al estar a la cabeza del desarrollo y aplicación de las nuevas tecnologías en el proceso de avance de la ciencia médica.

C.- Enfermería

El campo de la enfermería se constituye como especialidad única. En ella se contiene 105 artículos repartidos en 31 revistas. Debemos tener en cuenta sin embargo que el 64,76% de los artículos están concentrados en sólo cuatro revistas: Nursing Times (26 artículos), Journal of Nursing Care and Quality (17), Womens Health Issues (14) y American Journal of nursing (11).

Tan sólo once Agencias han publicado artículos en revistas de esta especialidad; son los casos de la Agencia AHRQ (Canadá), CADTH (Canadá), CRD (Reino Unido), FINOHTA (Finlandia), HAS (Francia), IHE (Canadá), IQWIG (Alemania), KCE (Bélgica), NHS QIS (Reino Unido), NOKC (Noruega), y ZonMW (Holanda).

D.- Otros

Existe una última categoría, "Otros" constituida por 14 especialidades (90 artículos distribuidos en 36 revistas). Entre estas, destacan las especialidades relacionadas con "Computer science" y otras no directamente relacionadas con el ámbito sanitario (antropología, transporte...).

Tabla 38: Listado de revistas de acuerdo a las especialidades. Otras

Especialidades	revistas	artículos
1. Anthropology	1	1
2. Business, Management and Accounting	1	1
3. Computer science, information systems	4	16
4. Computer science, interdisciplinaty applications	1	1
5. Demography	1	1
6. Enviromental sciences	2	2
7. Geochemistry and Petrology	1	1
8. Instruments & Instrumentation	2	8
9. Marine & Freshwater biology	1	1
10. Mathematical & computational biology	1	1
11. otros	19	46
12. Sociology	3	16
13. Transportation Science & Technology	1	1
14. Veterinary Sciences	1	1

4.2.5.3.- Servicios de indización y recuperación de la información

Las bases de datos bibliográficas son una herramienta fundamental para clínicos e investigadores que necesitan localizar la información publicada sobre un determinado tema. En la medida en que las bases de datos son la primera herramienta para localizar la literatura existente, una de las principales vías para conseguir visibilidad de un artículo científico es publicar en revistas indizadas en las grandes bases de datos internacionales.

Por todo ello se puede hablar de una producción científica de alta o de reducida visibilidad, según aparezcan o no en las grandes bases de datos internacionales.

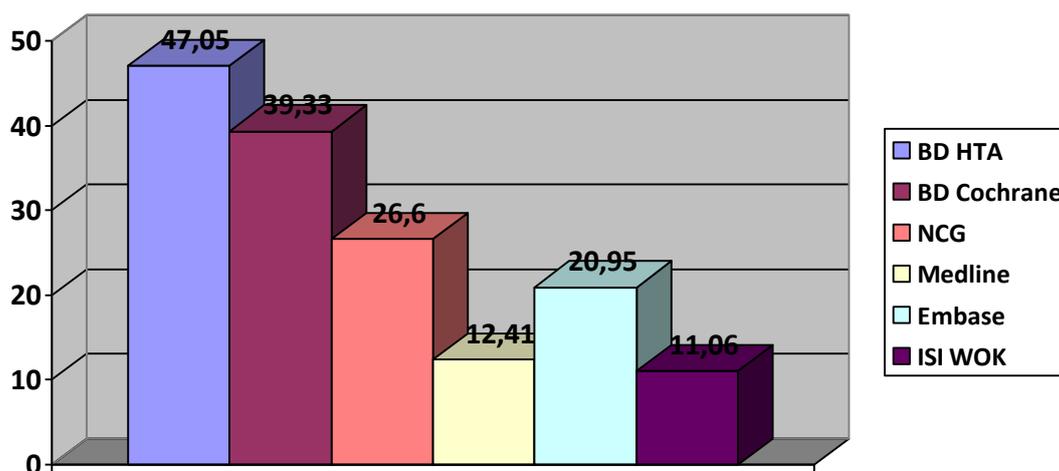
Con el fin de conocer la visibilidad de las Agencias, se analizaron dos tipos de bases de datos: especializadas en RS (HTA y Cochrane), y otros documentos de ámbito especializado (NGC), y bases de datos de ámbito general (Medline, Embase, e ISI WOK).

En este apartado no sólo hemos tratado de identificar el número de artículos firmados por las Agencias, datos ofrecidos en el apartado anterior, sino saber qué base de datos recoge

mayor producción científica de las Agencias. Por esta razón entendimos que no sólo se trataba de obtener una cifra global (número de referencias localizadas), si no de ponerla en relación con el total de documentos realizados por cada Agencia.

Recordemos, sin embargo, que en 11 casos no se muestra el número total de documentos de las Agencias, por lo que no se ha podido estudiar la presencia de estas Agencias en la base de datos. Son los casos de A.ge.Na (Italia), CNHTA (Corea), DACEHTA (Dinamarca), DECIT (Brasil), ETESA (Chile), ICTAHC (Israel), MTU (Suiza), NHSC (Reino Unido), UVT (Italia), VASPVT (Lituania) y ZonMW (Holanda). En consecuencia, los datos que en este apartado se ofrecen son la presencia de las 39 Agencias de ETS restantes en las bases de datos bibliográficas.

Ilustración 14: Presencia de documentos de las Agencias en bases de datos bibliográficas.



En ninguno de los casos analizados se alcanza el 50%, menos de la mitad de los documentos elaborados por las Agencias parecen haber sido trasladados a artículos, o cuanto menos, haberse sometido a alguna política de difusión.

La base de datos HTA, especializada en RS, y elaborada por el conjunto de Agencias que conforman la INAHTA, es la que cubre el mayor número de documentos, a pesar de lo cual no llega al 50% (ver apartado 4.5.3.1.)

Por otra parte, la base de datos ISI WOK, a pesar de tratarse de una base de datos de referencia en el campo de la investigación, tan sólo recoge el 11% de las publicaciones de las Agencias.

4.2.5.3.1.-Bases de datos de ámbito especializado:

Base de datos HTA

URL: <http://www.crd.york.ac.uk/crdweb/>

El Centre for Reviews and Dissemination (CRD) elabora tres bases de datos, consultables de modo gratuito a través de una misma página ⁽⁴³⁾: DARE (Incluye resúmenes estructurados de artículos sobre evaluaciones de efectividad), EED (Incluye resúmenes estructurados de artículos sobre evaluaciones económicas de intervenciones en atención sanitaria) y HTA (publicaciones realizadas por organizaciones de ETS y proyectos en curso).

Para nuestro estudio tan sólo hemos llevado a cabo un análisis en la base de datos HTA, ya que es la única que permite realizar la búsqueda por autor u organismo elaborador ⁽¹¹⁴⁾. Esta base de datos contiene estudios de ETS, son suministrados por las propias Agencias.

De las 39 Agencias analizadas (recordemos que en 11 páginas no aparecía la producción de las Agencias), en dos casos esta base de datos no contaba con ningún registro; la Agencia CENETEC (México) y NETSCC, HTA (Reino Unido). Del resto de los organismos analizados, la presencia de las Agencias es la que se presenta a continuación:

Ilustración 15: Presencia de Agencias en la base de datos HTA.

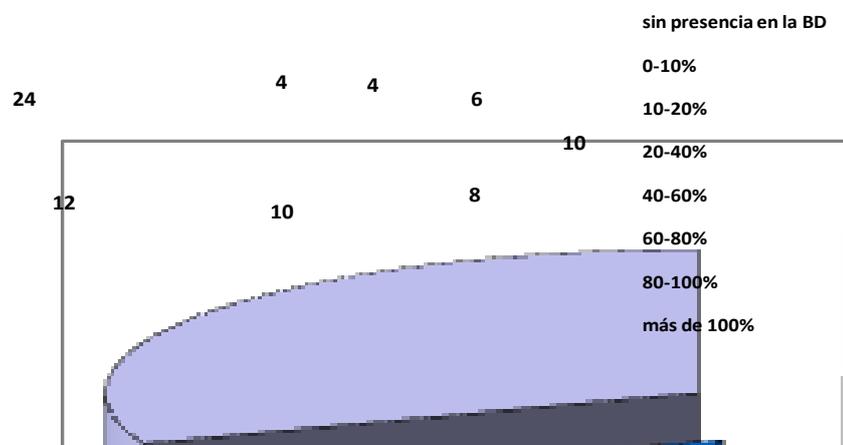


Tabla 39: Listado de Agencias presentes en la base de datos HTA.

2 Agencias sin presencia en la base de datos: CENETEC (México); NETSCC, HTA (Reino Unido).
2 Agencias cuentan con una presencia menor del 10%: CADTH (Canadá); CDE (Taiwan)
3 Agencias cuentan con una presencia menor del 20%: AETMIS (Canadá); MaHTAS (Malasia); SBU (Suecia).
5 Agencias entre 20 y 40 %: AHTAPol (Polonia); GÖG (Austria); HAS (Francia); HITAP (Tailandia); NHS QIS (Reino Unido).
4 Agencias entre el 40 y 60%: AETSA (España); CEDIT (Francia); IQWiG (Alemania); UETS (España)
5 Agencias entre 60 y 80%: CAHTA (España); DSI (Dinamarca); KCE (Bélgica); NOKC (Noruega); OSTEBA (España).
6 Agencias entre 80 y 100%: Avalia-t (España); CRD (Reino Unido); CVZ (Holanda); DAHTA-DIMDI (Alemania); HIQA (Irlanda); IECS (Argentina).
12 Agencias cuentan con más del 100%. AETS (España); AHRQ (EEUU); AHTA (Australia); ASERNIP (Australia); FINOHTA (Finlandia) GR (Holanda); HSAC (Nueva Zelanda); IHE (Canadá); LBI (Austria); MAS (Canadá); MSAC (Australia); VATAP - VA (EEUU).

COCHRANE Library

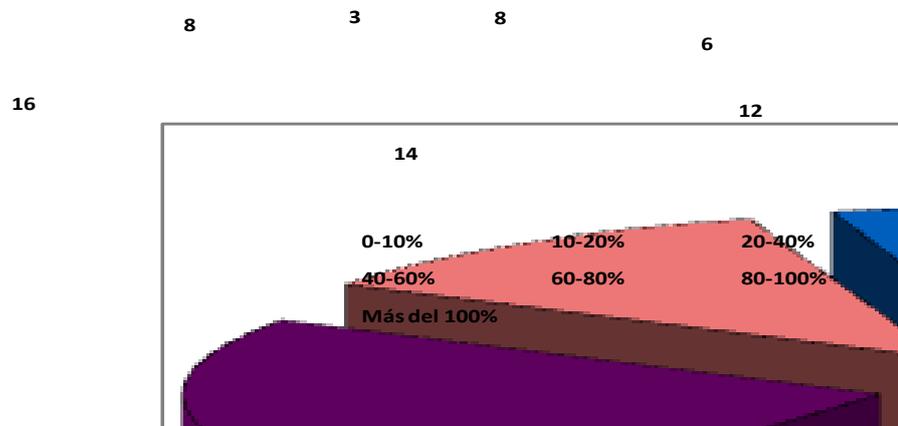
La Cochrane Library, creada en el año 1992, es una base de datos elaborada por la Colaboración Cochrane, organismo internacional sin ánimo de lucro, cuyo fin es elaborar RS a partir de ensayos clínicos controlados.

Incluye las RS de la Colaboración Cochrane, a texto completo, además de ensayos clínicos, estudios de evaluaciones económicas en salud, informes de evaluación de tecnologías sanitarias y RS resumidas críticamente. Aunque el acceso a los documentos es por suscripción, la consulta es de acceso libre.

Esta base de datos ofrece dos posibilidades de búsqueda, simple y avanzada. A través de la segunda opción, se puede realizar búsquedas en todo el registro del documento, incluyendo la institución de los autores.

De las 39 Agencias analizadas, seis Agencias no tienen presencia en la base de datos. Del resto de Agencias analizadas, la visibilidad de estas en la Base de datos Cochrane es la que se presenta a continuación:

Ilustración 16: Presencia de Agencias en la base de datos Cochrane Library.



Once Agencias no tienen ningún tipo de presencia en esta base de datos (22%).

Tabla 40: Listado de Agencias presentes en la base de datos Cochrane

<p><u>6 Agencias que no tienen presencia en la base de datos:</u> CDE (Taiwan); CENETEC (México); GÖG (Austria); HITAP (Tailandia); LBI HTA (Austria); VATAP - VA (Estados Unidos).</p> <p><u>4 Agencias están presentes en menos del 10%:</u> AETS (España); AHTAPol (Polonia); CADTH (Canadá); CEDIT (Francia); NETSCC (Reino Unido).</p> <p><u>3 Agencias están presentes entre 10 y 20%:</u> AETMIS (Canada); HTAPol (Polnia); NHS QIS (Reino Unido).</p> <p><u>6 Agencias entre el 20 y 40%:</u> AETSA (España); HAS (Francia); HIQA (Irlanda); IHE (Canada); IQWiG (Alemania); SBU (Suecia).</p> <p><u>7 Agencias entre en 40 y 60%:</u> AHRQ (EEUU); CAHTA (España); HSAC (Nueva Zelanda); KCE (Bélgica); MSAC (Australia); OSTEBA (España); UETS (España).</p> <p><u>8 Agencias entre el 60 y 80%:</u> AHTA (Australia); Avalia-t (España); DSI (Dinamarca); FinOHTA (Finlandia); IECS (Argentina); MaHTAS (Malasia); MAS (Canadá); NOKC (Noruega).</p> <p><u>4 entre 80 y 100 %:</u> CRD (Reino Unido); CVZ (Holanda); DAHTA @DIMDI (Alemania); GR (Holanda).</p> <p><u>1 con más del 100%:</u> Asernip-s (Australia)</p>
--

National Guideline Clearinghouse

Base de datos especializada en GPC. La elabora desde 1997 la AHRQ, en colaboración con la American Medical Association y la America's Health Insurance Plans. Como todo Clearinghouse, este tipo de páginas no se dedica a elaborar guías, sino que las localizan y evalúan, de acuerdo a unos criterios previamente establecidos. Contiene más de 1100 resúmenes de GPC actualizadas de todo el mundo. Además esta base de datos ofrece un archivo donde se depositan las guías que han perdido vigencia.

De las 15 Agencias que elaboran GPC, su presencia en la base de datos NGC es meramente testimonial, ya que sólo cuatro Agencias tienen presencia en la misma (26,66%). Son los casos de AHRQ (EEUU), Avalia-t (España), CADTH (Canadá), IHE (Canadá) y OSTEBA (España).

Cabe destacar el caso de la Agencia vasca Osteba. Si bien en la tipología documental analizada, no incluían las GPC como un producto que elaborase. Sin embargo, al analizar su presencia en esta base de datos, se han localizados dos documentos de este tipo.

4.5.3.2.-Bases de datos clínicas

El índice de solapamiento entre las bases de datos, tal y como se refleja en la tabla es muy bajo, siendo la base de datos Embase la que recoge mayor número de artículos. Cabe destacar, sin embargo que, tal y como se mencionó en el apartado de limitaciones, las otras dos bases de datos sufren de una serie de sesgos importantes.

Tabla 41: Índice de solapamiento entre las bases de datos.

Medline/Embase/ISI Wok	3,97%
Medline/Embase	9,24%
Medline/ ISI	4,40%
Embase/ISI Wok	5,66%
Medline	15,97%
Embase	43,97%
ISI Wok	16,76

Medline

Base de datos bibliográfica elaborada por la National Library of Medicine, de Estados Unidos. Contiene unas 500 revistas de ciencias de la salud desde 1948.

El sistema de recuperación de Medline en Internet, es conocido con el nombre de PubMed. Dispone de varias modalidades de búsqueda ⁽¹¹⁶⁾. La opción de Advanced search visualiza los términos presentes en los diferentes índices: MeSH, autor, palabra del título o resumen. A través de la opción de Affiliation permite localizar artículos por la filiación institucional del primer autor. No permite localizar documentos por otros firmantes.

Los datos obtenidos fueron comparados con el número de documentos realizados por cada Agencia. Para el cálculo de esta base de datos, se tuvo en cuenta la suma de informes de ETS, Consultas técnicas, guías clínicas y fichas técnicas.

El total de registros localizados en esta base de datos fue de 1199, lo que supone el 33,61% de la producción científica que declara publicar el total de las Agencias en sus páginas web.

Con el fin de evaluar el porcentaje de producción de las Agencias, hemos comparado la producción científica declarada en las páginas web con la localizada en esta base de datos. 8 Agencias no tienen ningún tipo de presencia en esta base de datos. Del resto de los organismos analizados:

Tabla 42: Listado de Agencias presentes en Medline.

<p><u>8 Agencias sin presencia en esta base de datos:</u> AHTAPol (Polonia); CENETEC (Mexico); HSAC (Nueva Zelanda); IHE (Canada); MSAC (Australia); NETSCC, HTA (Reino Unido); NHS QIS (Reino Unido) y VATAP - VA (EEUU).</p> <p><u>15 Agencias presentes en menos del 10%:</u> AETMIS (Canada); AETSA (España); AHTA (Australia); CADTH (Canadá); CDE (Taiwan); CEDIT (Francia); CVZ (Holanda); DAHTA @DIMDI (Alemania); GÖG (Austria); GR (Holanda); HAS (Francia); IECS (Argentina); LBI HTA (Austria); MaHTAS (Malasia); MAS (Canadá).</p> <p><u>1 Agencia presentes entre el 10 y el 20%:</u> UETS (España).</p> <p><u>2 Agencias entre el 20 y 40%:</u> HITAP (Tailandia); SBU (Suecia)</p> <p><u>7 Agencias entre en 40 y 60%:</u> AETS (España); CRD (Reino Unido); DSI (Dinamarca); FinOHTA (Finlandia); IQWiG (Alemania); KCE (Bélgica); Osteba (España)</p> <p><u>3 Agencias entre el 60 y 80%:</u> CAHTA (España); HIQA (Irlanda); NOKC (Noruega)</p> <p><u>2 Agencias entre el 80 y 100%:</u> Asernip-s(Australia); Avalia-t(España)</p> <p><u>1 Agencia más del 100%:</u> AHRQ (EEUU)</p>
--

Embase

Editada por la Fundación Internacional Excerpta Medica, Embase (Excerpta Medica data BASE) es la segunda base de datos médica más grande, propiedad de Elsevier Science en los Países Bajos. Cubre áreas similares a Medline aunque está especializado en el campo de la farmacología y contiene referencias de más de 6000 revistas de 70 países, publicados a partir de 1974. Se puede acceder sólo por suscripción.

El total de registros localizados en esta base de datos fue de 2245, lo que supone el 63% de la producción científica que declara publicar el total de las Agencias en sus páginas web.

Tres Agencias no tienen ningún tipo de presencia en esta base de datos. Del resto de los organismos analizados:

Tabla 43: Listado de Agencias presentes en Embase.

<p><u>3 Agencias sin presencia en la base de datos:</u> CEDIT (Francia); HSAC (Nueva Zelanda); IECS (Argentina).</p>
<p><u>13 Agencias presentes en menos del 10%:</u> AETMIS (Canada); AETSA (España); Avalia-t (España); CADTH (Canadá); CDE (Taiwan); CENETEC (México); DAHTA-DIMDI (Alemania); LBI HTA (Austria); MAHTAS (Malasia); MAS (Canadá); MSAC (Australia); NETSCC (Reino Unido); SBU (Suecia); VATAP (Estados Unidos).</p>
<p><u>8 Agencias presentes entre el 10 y el 20%:</u> AHTA (Australia); AHTAPol (Polonia); CVZ (Holanda); GR (Holanda); HAS (Francia); NHS QIS (Reino Unido); Osteba (España); UETS (España).</p>
<p><u>3 Agencias entre en 20 y 40 %:</u> GOG (Austria); Iqwig (Alemania); NOKC (Noruega).</p>
<p><u>2 Agencias entre el 40 y 60%:</u> CAHTA (España); HITAP (Tailandia).</p>
<p><u>3 Agencias entre el 60 y 80%:</u> AETS (España); DSI (Dinamarca); KCE (Bélgica).</p>
<p><u>1 Agencia entre el 80 y el 100%:</u> HIQA (Irlanda).</p>
<p><u>5 Agencias más del 100%:</u> AHRQ (EEUU); ASERNIP (Australia); CRD (Reino Unido); Finohta (Finlandia); IHE (Canadá).</p>

ISI Web of Knowledge

Plataforma formada por una amplia colección de bases de datos bibliográficas de diferentes disciplinas del conocimiento, tanto científico, tecnológico, humanístico y sociológico, desde 1945. Aunque se trata de una base de datos de pago, en 2009, la Fundación Española para la Ciencia y Tecnología puso en marcha una política de copago que facilita el acceso a la misma en España.

De las opciones de búsqueda ofertadas, la simple, permite buscar por campos concretos, como “adress” o lugar de trabajo de los autores. El total de registros localizados en esta base de datos fue de 1099, lo que supone el 30,80% de la producción científica que declara publicar el total de las Agencias en sus páginas web.

En nueve Agencias no tienen ningún tipo de presencia en esta base de datos. Del resto de los organismos analizados:

Tabla 44: Listado de Agencias presentes en ISI Web of Knowledge.

9 Agencias sin presencia en la base de datos: CDE (Taiwan, Rep. China); HIQA (Irlanda); HSAC (Nueva Zelanda); IHE (Canada); LBI HTA (Austria); MaHTAS (Malasia); MAS (Canada); MSAC (Australia) y VATAP - VA (EEUU).

16 Agencias presentes en menos del 10% : AETMIS (Canadá); AETS (España); AETSA (España); AHTA (Australia); AHTA-Pol (Polonia); CADTH (Canadá); CEDIT (Francia); CENETEC (México); CRD (Reino Unido); CVZ (Holanda); DAHTA-DIMDI (Alemania); GR (Holanda); HAS (Francia); NETSCC (Reino Unido); NHS –QIS (Reino Unido); Osteba (España).

1 Agencia presentes entre el 10 y el 20%: Avalia-t (España).

5 Agencias entre en 20 y 40 %: AHRQ (Estados Unidos);_GOG (Austria): HITAP (Tailandia); IECS (Argentina); UETS (España).

3 Agencias entre el 40 y 60%: CAHTA (España); IQWIG (Austria); SBU (Suecia).

2 Agencias entre el 60 y 80% ASERNIP-S (Australia); KCE (Bélgica).

1 Agencia entre el 80 y el 100%: DSI (Dinamarca).

1 Agencia más del 100%: Finohta (Finlandia); NOKC (Noruega).

4.2.5.4.- Nuevos servicios de información al usuario

Los nuevos servicios de información o herramientas de comunicación, como RSS, podcast etc, permiten difundir los resultados de las Agencias y de este modo aceleran la comunicación de resultados ^(119, 200). Tres han sido los servicios de información utilizados por las Agencias; los newsletter, el formato RSS para syndicar o compartir contenido en la web y las redes sociales.

Really Simple Syndication

La sindicación de contenido es un proceso mediante el cual un productor o un distribuidor de contenidos en Internet, proporciona información digital a un suscriptor o una red de suscriptores. Este proceso se apoya en una clase de programas denominados comúnmente agregadores, que permiten leer las fuentes de sindicación, determinar la información que corresponde a cada canal y colocar a disposición del usuario, en correspondencia con su perfil, la información completa a la que previamente se suscribió. Estos programas actúan como mediadores entre el usuario y el sistema, porque son los que convierten la solicitud formulada por el usuario en el lenguaje del sistema para que este pueda comprenderla ⁽²⁰¹⁾.

El RSS es una de las herramientas más ventajosas e útiles tanto para la vigilancia tecnológica, para la monitorización de tendencias, dos elementos de gran importancia en el campo de la ETS. A pesar de ello, en el momento de nuestro estudio contaba con el 31,25% (15 de 48), siendo el canal de difusión más empleado en las páginas web.

Tabla 45: Relación de Agencias que ofrecen servicios RSS.

Avalia-t (España), CADTH (Reino Unido), CRD (Reino Unido), CDE (Taiwan), CVZ (Holanda), GR (Holanda) HAS (Francia), KCE (Bélgica), LBI (Austria), MAS (Canadá), MSAC (Australia), NETSCC, HTA (Reino Unido), NHS QIS (Reino Unido), SBU (Suecia), ZonMw (Holanda).

Newsletter

El 52,08% de las Agencias disponían de un newsletter en el momento de nuestra consulta. La mayoría de ellos se constituyen en realidad como boletines de difusión sobre las últimas novedades de la Agencia, consultables a través de la página web, pero sin posibilidad de crear alertas a través del correo electrónico. Sólo en el 33,33% de los casos, es posible suscribirse a través del correo electrónico.

En cuanto a la periodicidad de los mismos, en uno de ellos tan sólo está disponible hasta el año 2009 y en otros 11 tienen una periodicidad irregular o no consta.

El idioma empleado para estos boletines es el propio del país de origen. Tan solo en dos casos hemos localizado dos boletines bilingües.

Tabla 46: Relación de boletines/ newsletter de las Agencias de ETS.

	NEWSLETTER	PERIODICIDAD		IDIOMA
1. AHRQ (EEUU)	Research Activities,	No consta	web	inglés
2. Avalia-t (España)	DETECTA-T; avalia-t	No consta	@	gallego
3. CADTH (Canadá)	newsletter	Semanal	web	inglés/francés
4. CAHTA (España)	Informatius AIAQS	No consta	@	catalán
5. CEDIT (Francia)	news	No consta	web	inglés/ francés
6. CRD (Reino Unido)	e-newsletter will	Mensual	web	inglés
7. CVZ (Holanda)	CVZ-nieuwsmail mei 2010	Anual	web	holandés
8. DACEHTA (Dinamarca)	Nyhedsbreve		web	
9. DAHTA @DIMDI (Alemania)	DIMDI News	No consta	@	danés
10. DECIT-CGATS (Brasil)	Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde	No consta	web	portugués
11. DSI – (Dinamarca)	nyhedsmail	No consta	web	inglés
12. FinOHTA (Finlandia)	impakti	No consta	web	finés
13. GÖG (Austria)	gög*Magazine	Hasta 2009	web	austríaco
14. GR Holanda)	newsflash	Irregular	@	holandés
15. IECS (Argentina)	boletín IECS	No consta	@	castellano
16. KCE (Bélgica)	apartado de noticias	Irregular	web	frances
17. Agena (Italia)	monitor	No consta	web	italiano
18. LBI of HTA (Austria)	HTA Newsletter	Mensual	web	austríaco
19. MaHTAS (Malasia)	no funciona		0	0
20. MAS (Canadá)	HTA Newsletter	Mensual	web	inglés
21. OSTEBA(España)	osteba berriak	Trimestral	@	castellano
22. SBU (Suecia)	SBU Newsletter Medical Science & Practice	Anual	web	inglés
23. UVT (Italia)	Newsletter	Mensual	@	italiano
24. VASPVT (Lituania)	Newsletter	Mensual	web	lituano
25. ZonMw (Holanda)	Nieuwsmail	Mensual	@	holandés

Representatividad de las redes sociales

La presencia de redes sociales en la ETS en el momento de nuestro estudio, era testimonial, ya que solo seis Agencias contaban con algún tipo de participación en las mismas.

Todas ellas utilizaban Twitter con el fin de informar a los usuarios sobre las últimas novedades de la Agencia, mientras tres Agencias compatibilizaban esta herramienta con el uso de Facebook.

Tabla 47: Presencia de las Agencias en las redes sociales

	Twitter	Facebook	Digg
AHRQ	X	X	X
CRD	X	X	
NOKC	X		
SBU	X	X	
ZonMw	X		

5. DISCUSIÓN

Hoy, más que nunca, disponemos de un gran número de tecnologías al servicio de los sistemas sanitarios; sin embargo, también las necesidades, demandas y expectativas de los profesionales y ciudadanos aumentan continuamente. En consecuencia, cada vez es mayor la presión para asegurar que los recursos disponibles sean eficientes; las autoridades públicas sanitarias necesitan información basada en la evidencia acerca de las tecnologías sanitarias.

Fruto de estas necesidades, en los últimos cuarenta años han surgido centros dedicados a la evaluación y elaboración de fuentes de información científica de calidad. Tales son los casos de los centros de MBE, la Colaboración Cochrane Internacional o las Agencias de ETS. Si bien todas ellas se dedican a la mejora del proceso sanitario, los enfoques de cada una han sido, desde sus orígenes, sustancialmente diferentes. Mientras la MBE y la Colaboración Cochrane tienen un enfoque eminentemente clínico; la ETS ha sido una herramienta para ayudar no sólo en la toma de decisiones, sino también en la formulación de políticas sanitarias.

Desde sus orígenes, a principios de los años setenta, las **Agencias de ETS** se han extendido por todo el mundo. Su objetivo es proporcionar información sobre la eficacia y sobre la eficiencia en la adopción y uso de tecnologías sanitarias ⁽²⁰²⁾ con el fin de ayudar a los diferentes actores implicados: a los gestores, les ayudan a definir las prestaciones sanitarias; a la industria, a verificar los resultados de sus productos; a los profesionales sanitarios, a ofrecer criterios de uso apropiado; y a los pacientes, fundamentos para la elección de alternativas ⁽²⁰³⁾.

Si bien es cierto que en la actualidad son muchas las Agencias que trabajan en ETS, no hemos localizado ningún trabajo que lleve un registro de todas ellas. Por esta razón, nuestro estudio se ha centrado en los organismos pertenecientes a la **INAHTA** (los criterios de adhesión para ser miembro de esta red son lo suficientemente amplios para ser una organización universal, y lo suficientemente rigurosos para asegurar la fiabilidad de los contenidos ofrecidos por las Agencias).

El **número** de países que –tomando como referencia INAHTA- cuentan actualmente con una o varias Agencias de ETS es relativamente bajo en términos cuantitativos (veintinueve países que, si tomamos como referencia el número de países miembros de la Organización internacional más universal, las Naciones Unidas –actualmente, ciento noventa y tres- supone poco más de un 15%).

Asimismo y, a pesar de que la ETS ha sido una iniciativa fundamentalmente americana, en la actualidad más del 60% de las Agencias se encuentran en **Europa**. Probablemente dos han sido las causas de esta concentración geográfica. En primer lugar, por el nivel de desarrollo de los países. Como hemos visto a lo largo del trabajo, las Agencias surgen en un contexto de fuerte desarrollo tecnológico e industrial de los países (mayor desarrollo en general, y también sanitario; mayor gasto sanitario), y la mayor parte de los países que experimentan ese proceso se encuentran, precisamente, en Europa. En segundo lugar, por el impulso recibido desde la Unión Europea. El apoyo financiero ofrecido por la Comisión europea a lo largo de casi 15 años consecutivos (1994-2008) ha sido determinante para su consolidación en Europa.

A continuación ofrecemos una discusión sobre los resultados objetivos ofrecidos en el capítulo anterior:

5.1. Instituciones

La mayoría de las Agencias son Instituciones vinculadas al sistema sanitario público, a nivel nacional (84% de las Agencias) y, en menor medida, regional (16% de las Agencias); no existe ningún país en el que sólo existan Agencias regionales, pero en más de un tercio (11 de 29) existen Agencias a ambos niveles. Esta situación ha sido objeto de crítica por quienes consideran que se da una situación de solapamiento (mismos usuarios, mismos productos), con el consiguiente dispendio económico; por nuestra parte, se nos ocurre que la situación es paradójica: instituciones dedicadas a la evaluación de costes son a veces, ellas mismas, un ejemplo de deficiente optimización de recursos públicos. Algunos países –como reacción a este problema, o incluso antes de que se produjese- han organizado el trabajo asignando una labor de coordinación a la Agencia nacional (por

ejemplo, España y Canadá); o, incluso, aun en ausencia de esa labor coordinadora de las Agencias nacionales, también se da el caso de países –Reino Unido y Francia- en los que sus Agencias se han especializado.

5.2. Personal

Dada la función que realizan las Agencias, éstas requieren de una gran cantidad de personal especializado, que en todos los casos se compone de personal interno (como media las Agencias cuentan con más de 22 personas) y consultores externos (como media, algo más de 73 personas por Agencia).

Por lo que se refiere al personal interno, lamentablemente son pocas las ocasiones en la que las Agencias detallan el perfil de su personal (15 de 50 Agencias). En todo caso, nos gustaría hacer una mención especial a los documentalistas puesto que, a nuestro juicio, juegan un papel fundamental en la difusión de contenidos por cuanto son los responsables, no sólo de la publicación de los mismos, sino también de la difusión en la página web. La media de documentalistas por Agencia –tomando los datos de las citadas 15 Agencias- es de tres personas.

Por lo que respecta a los consultores externos, debemos advertir que no han de ser vistos como la mera externalización de ciertas tareas del personal de la Agencia. Es verdad que, por razones presupuestarias, el personal interno se compone de profesionales expertos en metodología, que son los responsables de la elaboración de RS; contar en plantilla con especialistas en todos los ámbitos sanitarios implicaría un coste excesivo, y es por esta razón por la que se acude a los consultores externos. Pero, además, los consultores externos cumplen una valiosa función de nexo con la práctica sanitaria. Sin embargo, a pesar de su importancia, esta figura (en inglés, consultant) no aparece recogida en el glosario de términos de ETS (HTA Glossary) elaborado por la propia INAHTA; sí aparece la figura del revisor (en inglés, reviewer) pero alude a funciones que pueden desarrollar tanto el personal de plantilla como los consultores externos.

5.3. Identificación de las audiencias

El principal objetivo de las Agencias es ofrecer información científica a los actores implicados –a diferentes niveles- en la toma de decisiones. Por esta razón, una de las primeras tareas que debe realizar toda Agencia es la identificación de las audiencias a las que dirige su información; identificación que implica conocer la metodología de trabajo y necesidades de información de dichas audiencias. Éste es un aspecto analizado en la mayor parte de los estudios ^(42, 46, 49, 55, 59, 204, 205). En todos ellos se ha identificado como audiencia principal a los gestores y responsables políticos, seguidos de los clínicos y la industria sanitaria. Y aunque en determinados estudios se ha considerado a gestores y responsables políticos como únicos destinatarios ^(42, 47-49), en la mayoría se han identificado las cuatro categorías. Además, en determinados estudios ^(49,52,54,57) se han considerado también a los ciudadanos y al entorno académico. Los resultados de nuestro trabajo identifican a todos estos colectivos:

Los gestores y las autoridades sanitarias son identificados como audiencia por el 76% y 70%, respectivamente, de las Agencias; situándose así como el público mayoritario. No debemos olvidar que la evaluación económica de las tecnologías sanitarias ha sido durante años el aspecto que ha despertado mayor interés, hasta el punto de identificarse ETS con evaluación económica de tecnologías sanitarias. Todos estos procesos de decisión son llevados a cabo por gestores y autoridades sanitarias, y por ello no debe sorprendernos que éstos sean el público diana de las Agencias. De todas formas, aunque los porcentajes globales son altos, debemos advertir que la situación difiere según los países; y aunque en algunos cuentan con más de una Agencia que declara dirigirse a este público son mayoría los países en que sólo una Agencia lo hace e, incluso, en unos cuantos países ninguna Agencia lo hace.

El segundo grupo lo constituyen los profesionales sanitarios, ciudadanos e industria. Y es, si bien la evaluación económica de una tecnología sanitaria es un aspecto importante, conviene recordar que no es el único; de poco vale conocer

el coste de una tecnología si ignoramos su seguridad y efectividad. Es en este punto donde tienen cabida estos otros perfiles sanitarios.

Los profesionales sanitarios constituyen un público fuerte (el 56% de las Agencias se dirigen a ellos). Este colectivo demanda estudios que demuestren la seguridad y efectividad de las tecnologías y contribuyan a disminuir la variabilidad en la práctica asistencial. Sin embargo, resulta considerablemente alto el número de países (55,17%) que no disponen de Agencias con esta información. Por otro lado, y en línea con el ya comentado problema de solapamiento que existe en algunos países como consecuencia de la falta de coordinación y/o especialización de sus Agencias, nos encontramos con que en algunos países son varias las Agencias que se dirigen a este colectivo. Por último, señalar que en todas las Agencias analizadas se alude genéricamente a los “profesionales sanitarios”, a pesar de que las necesidades y dinámicas de los diferentes colectivos (médicos, farmacéuticos, psicólogos, enfermeros...) varían sustancialmente.

Los ciudadanos, que en los últimos años han ido ganando cada vez más fuerza, están contemplados como audiencia por el 40% de las Agencias. Este crecimiento se explica por el cambio experimentado en el rol que juega el propio paciente. Tradicionalmente, la relación médico-paciente respondía a un modelo paternalista que contemplaba al profesional sanitario como el único con competencia para tomar una decisión sanitaria ⁽²⁰⁶⁾. Sin embargo, la popularización de Internet ha facilitado y generalizado el acceso a la información sanitaria; y, con ello, el ciudadano ha reclamado un papel cada vez más activo en la toma de decisiones sanitarias. De todas formas, debemos advertir que en el campo de la ETS el interés de los ciudadanos está dirigido sólo hacia determinados productos de las Agencias (fundamentalmente GPC e información para ciudadanos).

La industria sanitaria se sitúa actualmente en cuarto lugar al estar contemplado como audiencia por el 22% de las Agencias. Consideramos que se trata de un porcentaje relativamente bajo si tenemos en cuenta que una parte muy

importante del trabajo de evaluación de las Agencias versa sobre los productos sanitarios, resultando fundamental para la industria la valoración que realicen las Agencias sobre sus productos.

Por último, el quinto grupo lo constituye el ámbito académico, considerado como audiencia por el 8% de las Agencias. Un porcentaje que resulta sorprendente si tenemos en cuenta que la ETS surgió, en muchos casos, en ámbitos académicos; así en países como Austria, Bélgica, Finlandia u Holanda. Tal y como ya destacaron otros autores ^(62, 63), nosotros también consideramos que la relación entre el ámbito académico y la ETS resulta fundamental. Incluir la ETS en la investigación y la formación académica de los futuros profesionales es una apuesta segura para crear una masa crítica de potenciales usuarios.

5.4. Tipologías documentales

El principal objetivo de las Agencias es ofrecer información científica a los actores implicados, a diferentes niveles, en la toma de decisiones. Su trabajo tradicionalmente quedaba reflejado en la elaboración de diversos tipos de documentos: IE, CT o FT. En los últimos años, las Agencias han ampliado su oferta documental para dar respuesta a otro tipo de necesidades y usuarios (información a ciudadanos, a las GPC, etc). Dependiendo del enfoque, estructura y formato encontramos diferentes tipologías documentales.

La labor de identificación de las tipologías ha resultado compleja. Hemos detectado cierta variabilidad en el modo en que cada Agencia denomina a un mismo documento; en muchos casos esta variabilidad se explica por la traducción del nombre del documento al idioma original de cada Agencia. Esta situación ya fue advertida en el estudio de la Agencia gallega Avalia-t de 2008 ⁽⁵⁷⁾. Sin embargo, ni antes ni después, hemos detectado ninguna iniciativa por normalizar la denominación de los tipos de documentos.

Hemos localizado un total de nueve tipologías documentales. Junto a los tradicionales documentos (IE, CT y FT), surgen otros como las GPC, los documentos metodológicos, la

información para pacientes, revisiones Cochrane, evaluación de fármacos, y evaluaciones económicas. Analizaremos a continuación cada una de ellas:

La principal línea de actividad son los IE (92% de las Agencias elaboran este tipo de documentos). El origen de la ETS surge con la preparación de estos documentos, y actualmente continúa siendo un producto importante en la mayor parte de las Agencias. Pero, si bien en términos cuantitativos la presencia de IE es considerablemente alta, no sucede lo mismo en los formatos de presentación. Los usuarios a los que se dirigen (gestores, profesionales sanitarios e industria) necesitan documentos breves y adaptados a una determinada estructura, sin embargo la mayor parte de las Agencias cuentan con documentos extensos, no adaptados a dichas necesidades. Ya en 2008 ⁽⁵⁷⁾ la Agencia gallega apuntaba la necesidad de crear de modo sistemático versiones breves de sus productos, a pesar de lo cual no se ha llevado a cabo.

En segundo lugar encontramos las CT (52% de las Agencias). Estos documentos nacen a partir de los IE, pero dan respuesta a preguntas puntuales, y en muchos casos urgentes. Por esta razón su tiempo de elaboración es más corto y la estructura de presentación más breve. Todas estas razones (rapidez en la elaboración, y brevedad en la presentación), convierten a los CT en documentos de gran utilidad para determinados colectivos (gestores, profesionales sanitarios e industria). Por todo ello consideramos que, dada su importancia, el porcentaje de Agencias que elaboran estos documentos es relativamente bajo.

En tercer lugar encontramos las FT (36% de las Agencias). Estos documentos analizan la evidencia científica disponible sobre tecnologías emergentes, con el objeto de evitar la inclusión de tecnologías ineficaces y/o inseguras en los sistemas sanitarios. Dada la importancia que éstos adquieren en la planificación presupuestaria y la toma de decisiones, consideramos que el 36% resulta un porcentaje ciertamente bajo. A ello hay que añadir que la mayoría de los países (58,62%) no cuentan con este tipo de documentos.

Las GPC ocupan el cuarto lugar (26% de las Agencias). Como ya advertíamos este tipo de documentos –y los demás que citaremos a continuación- no constituyen la línea de trabajo tradicional de las Agencias. En el caso de las GPC, nos encontramos con que tradicionalmente eran elaborados por otro tipo de instituciones, como las sociedades científicas; el interés de las Agencias por este tipo de documentos, es relativamente reciente. En todo caso, queremos destacar su utilidad para profesionales y pacientes en la toma de decisiones. Por otro lado, deseamos destacar la estructura de estos documentos, por cuanto son los únicos que ofrecen diferentes versiones personalizadas a los diversos colectivos a los que se dirige; colectivos interesados en la metodología, clínicos o incluso ciudadanos. Esta estructura establecida para las GPC apenas es seguida por las Agencias, ya en la mayor parte de los casos, 62%) se ofrece una de las tres versiones (generalmente la completa). Tan sólo en dos Agencias, se elaboran tres versiones del mismo documento.

Los documentos metodológicos (24% de las Agencias) Si bien es cierto que la presencia de estos documentos es relativamente baja, hay que destacar el importante crecimiento detectado desde el año 2008, donde sólo una Agencia (el CRD) declaraba elaborar estos documentos. Su creciente importancia se debe principalmente a que: permiten estandarizar la calidad, estructura y contenido de los documentos; y, además, dan a conocer la metodología básica a usuarios interesados en la ETS.

La información para pacientes (22% de las Agencias) ocupa actualmente el sexto lugar, pero dada la creciente demanda social de información sanitaria no debemos descartar que siga ganando peso. En realidad este tipo de documento no es nuevo por cuanto se comenzó a elaborar ya a mediados de los noventa por diferentes instituciones como sociedades profesionales, pero sí es un tipo de documento nuevo para las Agencias, como demuestra la ausencia de esta tipología en los estudios anteriores.

Junto a los productos tradicionales (IE, CT, FT) y a los productos que se han consolidado en los últimos años (GPC, Documentos metodológicos, Información para pacientes), encontramos también un tercer grupo (Evaluaciones Económicas, Evaluación de Fármacos y Revisión Cochrane).

Evaluaciones económicas (14% de las Agencias). Tradicionalmente, la evaluación económica constituía un apartado específico en la mayor parte de los documentos de evaluación elaborados por las Agencias. En los últimos años, sin embargo, determinadas Agencias han publicado de modo monográfico estos estudios, configurando un nuevo tipo de documento. En nuestra opinión, esto refleja no sólo la relevancia que el coste económico tiene en la incorporación y/o evaluación de una tecnología sanitaria, sino sobre todo la creciente incorporación de determinados colectivos (autoridades y gestores sanitarios) como destinatarios de los productos de ETS.

Informes de evaluación de fármacos (8% de las Agencias). Puede parecer un dato muy bajo a pesar de su importancia, puesto que la incorporación de medicamentos en el sistema sanitario tiene repercusiones no sólo clínicas, sino también económicas y organizativas. Sin embargo, debemos tener en cuenta que aunque sólo tres Agencias de ETS nacionales (Australia, Canadá, Taiwan) y una regional (España) elaboran este tipo de informes, la mayoría de los países (curiosamente, entre ellos los casos de Australia y España) cuentan con organismos competentes encargados de la evaluación y aprobación de medicamentos para su incorporación al sistema sanitario correspondiente. Así en el Caso de Australia está el Therapeutic Goods Administration, y en España la Agencia de Evaluación del Medicamento). En el caso de Canadá y Taiwan las Agencias cumplen una doble función ya que además de constituirse como Agencia de ETS, también lo son del medicamento. Cabe destacar además que en el caso de Taiwan, la Agencia en cuestión empezó por la evaluación de medicamentos antes de dedicarse también a la ETS.

La elaboración de revisiones Cochrane por parte de las Agencias ETS es meramente testimonial (6% de las Agencias). Pero es que dado que este tipo de revisiones sólo son elaboradas por los Centros Cochrane, el porcentaje al que nos referimos sólo recoge los casos en que un mismo organismo se configura al mismo tiempo como Agencia ETS y Centro Cochrane (así, en Argentina, Noruega y Finlandia); esto representa el 6% de las Agencias ETS; y el 25% de los Centros Cochrane. Por nuestra parte, la existencia de estos “centros mixtos (ETS-Cochrane)” resulta interesante desde el punto de vista organizativo: optimización de recursos (documentación, personal...), mayor visibilidad e impacto; pero también por el enriquecimiento de la confluencia de dos perspectivas diferentes pero complementarias; una mayoritariamente clínica (Cochrane), y otra de gestión (ETS).

Llegados a este punto, tras analizar Audiencias (4.3) y Tipología documental (4.4), observamos que ciertas Agencias declaran dirigirse a públicos que, sin embargo, no constituyen los destinatarios-tipo de los documentos que elaboran; así, Agencias que elaboran IE, CT o FT, sin embargo no declaran dirigirse a gestores ni autoridades sanitarias. A nuestro entender, esto se debe a que no existe una identificación precisa de las audiencias y/o de las necesidades de información de cada uno de estos grupos.

5.5. Estrategias de difusión

La fuerza de las Agencias ETS radica en su capacidad para hacer llegar el mensaje al usuario adecuado, puesto que las conclusiones de los trabajos de las Agencias ETS no son vinculantes. Por ello, es fundamental la elaboración de adecuadas estrategias de difusión.

Pasamos a analizar a continuación el modo e intensidad en que las Agencias difunden sus trabajos en las tres vías que actualmente consideramos fundamentales: portal web institucional; bases de datos; presencia en la red.

1. Portal web institucional. Aunque en términos cuantitativos es importante (el 96% de las Agencias cuentan con página web propia), desde un punto de vista cualitativo se observan ciertas deficiencias: presentación, accesibilidad, actualización, idiomas y contenidos.

Presentación. En nuestra opinión, las webs de las Agencias están diseñadas para ser fácilmente consultadas por otras Agencias o personal familiarizado con la ETS, pero no para el usuario final. Suelen ser páginas web que no tienen una presentación intuitiva para los desconocedores de la terminología ETS más especializada.

Accesibilidad. Puesto que las Agencias ETS no persiguen un fin lucrativo por lo que se refiere a la difusión de sus trabajos, podríamos esperar que todas las Agencias ofreciesen acceso gratuito a texto completo a sus documentos. Sin embargo, esto sólo sucede por lo que se refiere a documentos metodológicos e información para pacientes; mientras que en el resto de documentos no siempre es así: un 70% de las Webs institucionales ofrecen los IE y los CT de manera gratuita y a texto completo; un 60% de las web ofrecen las FT; y un 40% las GPC. Los documentos que no son accesibles directamente a texto completo a través de la red, sí suelen serlo previa solicitud a la Agencia (envío por parte de la propia Agencia en soporte papel o electrónico, pero siempre gratuito). Descartada la confidencialidad de estos documentos, puesto que son accesibles previa solicitud, desconocemos las razones para que tales documentos no estén disponibles a texto completo de manera directa en la web institucional.

La actualización de contenidos, y que se deje constancia de esa actualización, es fundamental para la credibilidad de toda página web. Sin embargo, sólo hay constancia de esta labor de actualización en un tercio de las webs (14 de 48 webs); y no todas (sólo 11 de 14) lo realizan con una periodicidad igual o menor a seis meses.

El idioma de una página web institucional, y de los documentos que en ella se ofrecen, condiciona la difusión de esos contenidos. En este sentido, el 54,16% de las Agencias ofrecen sus contenidos únicamente en el idioma o idiomas oficiales; este dato engloba Agencias de países con un solo idioma oficial (Chile, Israel, México, Lituania, etc) pero también Agencias de países en los que coexisten dos o más lenguas oficiales (España,

Bélgica y Canadá). Este porcentaje (54,16%) desciende a 25% si descartamos las Agencias de países cuyo idioma oficial es el inglés.

La posibilidad de difusión internacional de los contenidos en inglés es mucho mayor que en otros idiomas, y el hecho de que muchas Agencias de países de habla no inglesa ofrezcan sus contenidos también en inglés (41,66% del total de Agencias) evidencia una intención de proyección internacional. Tras el inglés, el segundo idioma más empleado en las webs institucionales de las Agencias es el español; pero se trata de Agencias ubicadas en países de habla hispana (España, México, Chile, Argentina) o en los que el español tiene un gran peso (Estados Unidos). Por último, destacar el caso de la Agencia suiza (MTU SFOPH), que utiliza de modo exclusivo el inglés a pesar de no ser el idioma oficial de Suiza.

Contenidos. A nuestro juicio, el principal objetivo de las páginas web de las Agencias debería ser la de ofrecer acceso a sus documentos; cuestión que, como acabamos de ver, no sucede ni en todos los casos, ni en relación con todos los tipos de documentos. Pero es que, además de la difusión de sus productos, consideramos que las web son un excelente medio para proyectar sus líneas de trabajo, pasadas, presentes y futuras. Esta información sería de interés tanto para otras Agencias, como para los propios usuarios. Sin embargo, la mayoría de las webs no ofrecen este tipo de información.

En definitiva, una presentación no amigable de las webs y la falta de inmediatez para el acceso a algunos documentos, junto con deficiencias en la actualización, idiomas y contenidos, nos llevan a concluir que la estrategia de difusión de las Agencias ETS a través de sus páginas web institucionales no es satisfactoria.

2.- Publicación de artículos en revistas científicas: Si nos atenemos a los artículos localizados a través de las bases de datos, firmados por las Agencias pertenecientes a la INAHTA y presentes en las bases de datos Medline, Embase y/o ISI Wok, nos encontramos con que la media de artículos por Agencia se sitúa en ocho artículos por año. Teniendo en cuenta que la media de documentos por Agencia es de 11,21 por año, podríamos pensar que las Agencias elaboran, aproximadamente, un artículo por cada 1,5 documentos. Sin

embargo, este dato matemático resulta engañoso. Por un lado, porque las Agencias en ocasiones elaboran artículos que no proceden de ningún documento concreto; y porque las Agencias no siempre informan en internet de la totalidad de su producción documental. Pero, sobre todo, porque no todas las Agencias tienen la misma producción anual, ni de documentos ni de artículos. Por lo que se refiere a los documentos, las Agencias elaboran una media de 11,21 por año. Y por lo que se refiere a los artículos, son varias las Agencias (CNHTA de Malasia; ETESA de Chile; HSAC de Nueva Zelanda; MTU de Suiza; VATAP de Estados Unidos) que no cuentan con ningún artículo publicado, frente a otras Agencias que superan ampliamente este porcentaje; como ejemplo extremo la estadounidense AHRQ, cuya media de artículos por año supera los 100; o incluso la noruega NOKC cuya media es de 46 artículos por año.

Evolución de la producción científica: La necesidad de una adecuada política de publicación en revistas científicas ya ha sido tratada por otros autores ^(52, 56, 59), que han advertido que ésta es una estrategia fundamental para llegar a públicos tan concretos como los profesionales sanitarios. Los datos observados, sin embargo, nos indican que la publicación en revistas científicas no ha sido una estrategia empleada desde sus orígenes, sino que el despegue se produce en el período 2005-2007. Este período coincide con la creación del 20% de las Agencias de ETS. Frente a este crecimiento, los últimos años se han caracterizado por un cierto estancamiento (a partir del año 2007 no se ha creado ninguna Agencia).

Criterios para la selección de revistas: Si valoramos los criterios que las Agencias siguen para seleccionar en que revistas publican los artículos, consideramos que, si bien el factor de impacto suele ser un criterio habitual, no es determinante en el caso de las Agencias de ETS (solo el 55% de los artículos han sido publicados en revistas con factor de impacto). El principal criterio que utilizan es la especialidad temática de la revista. Este dato nos da un indicio de las audiencias a las que pretenden dirigirse. En cualquier caso, debemos destacar que la interpretación de estos datos debe realizarse con cierta cautela. La clasificación de especialidades ha sido una tarea compleja por cuanto la fuente principal utilizada (ISI WOK) ⁽¹¹³⁾ es una base de datos americana y ello supone que la clasificación de especialidades difiere en algunos aspectos con respecto a otros ámbitos geográficos.

- La especialidad “Health Care Sciences & Services” (968 artículos concentrados en 68 revistas) ha sido la más localizada, deja ver que el público más importante son autoridades y gestores sanitarios. Recordemos que en el caso de los documentos, este se constituye como el público mayoritario con un 76% y 70%. Como ejemplo más significativo lo encontramos en la revista revista “International Journal of Health Technology Assessment”.
- En segundo lugar encontramos la especialidad de medicina general e interna, salud pública y ocupacional. Consideramos que esto en esta especialidad se recogen revistas, no sólo de interés para internistas, sino para cualquier profesional sanitario.
- Cabe hacer una mención especial al campo de la Enfermería. Si como comentábamos antes, las Agencias no establecen subclasificaciones dentro de los clínicos, existen determinadas Agencias que tratan de dirigirse a este colectivo enfermero de modo específico.

La tipología documental de estos artículos resulta variada, encontrando artículos originales, de síntesis o de opinión:

- Sorprende que el artículo que más predomine sea el original (51%), teniendo en cuenta que la principal actividad de las Agencias es la ETS a través de la elaboración de RS ⁽²⁰⁷⁾. En nuestra opinión podría ser debido a que en ocasiones las RS, dada la estructura y metodología, son considerados artículos originales.
- Por el contrario, las RS, principal actividad de las Agencias, solo ocupan el 25,39%. Dados los actuales sistemas de indización de las bases de datos, resulta muy difícil establecer si los documentos establecidos como revisiones son RS o por el contrario son versiones narrativas.

- Los artículos de opinión suponen el 10,39% de la producción total localizada. Si bien es cierto que estos artículos no se fundamentan en modo alguno en la evidencia científica, y por lo tanto no son objeto de nuestro estudio, resultan de gran importancia ya que pueden llegar a crear corrientes de opinión sobre temas determinados.
- Las Guías Clínicas ocupan el último lugar. A nuestro entender, dos son las razones principales: en primer lugar el bajo porcentaje de Agencias que se dedican a la elaboración de GPC (sólo el 30%). Además, no debemos olvidar que el carácter, formato y extensión, estos no se adaptan adecuadamente a la estructura de las revistas científicas.

3.- Localización de documentos en bases de datos. A pesar del valor científico, los documentos que las Agencias elaboran tienen una visibilidad reducida. Debido a la especial estructura y carácter, éstos no suelen publicarse en revistas científicas y, en consecuencia, no están recogidos en las bases de datos tradicionales ⁽³⁹⁾. Esta ha sido la razón por la que en los años noventa se crearon bases de datos específicas para los documentos ETS, como la HTA Database o la Cochrane Library. Sin embargo, y a pesar de constituirse como bases de datos especializadas, hemos detectado ciertas limitaciones relativas al nivel de exhaustividad y al uso institucional.

Nivel de exhaustividad. Como se viene advirtiendo desde el año 2002 ⁽⁵⁶⁾, ninguna de las dos bases de datos llega a una indización del 50% de los documentos (según nuestro datos: HTA: 47,05%; Cochrane: 39,33%). No obstante, debemos advertir que estas bases de datos se nutren directa (HTA) o indirectamente (Cochrane) de la información enviada por las propias Agencias; las Agencias envían resúmenes de sus trabajos a HTA, y la Cochrane se nutre de HTA.

Uso institucional. Estas bases de datos son generalmente empleadas por instituciones y/o usuarios relacionadas con la metodología de RS, pero poco conocidas por otro tipo de destinatarios, dedicados a la gestión o al ámbito asistencial. Estos otros destinatarios suelen consultar las bases de datos generales, que son las que indizan los contenidos de

las revistas científicas. De ahí que las Agencias de ETS también tratan de publicar en revistas biomédicas, para así gozar de una difusión más amplia entre los públicos objetivos; en realidad, la mayor parte de los trabajos que publican en estas revistas son una versión adaptada de los propios documentos ETS.

Por lo que se refiere a la localización de los trabajos de las Agencias ETS en las bases de datos generales hemos consultado las tres principales (Medline, Embase, ISI Wok) y hemos encontrado dos dificultades. En primer lugar, por las limitaciones planteadas por las propias bases de datos; así por ejemplo, la base de datos Medline sólo recoge la firma del primer autor (un problema en el caso de los trabajos multicéntricos), y en la base de datos ISI Wok los centros de trabajo aparecen abreviados. En segundo lugar, por la falta de uniformidad de las Agencias a la hora de firmar sus trabajos (una misma Agencia puede tener distintos trabajos firmados de manera diferente: con el nombre completo, siglas, nombre en inglés...). Esta práctica de las Agencias les resta visibilidad; sería conveniente una política de normalización de firma científica; en 2007 la FECYT elaboró unas pautas pero, según hemos podido constatar no parecen tener mucho seguimiento ⁽²⁰⁸⁾.

Con el fin de poder valorar adecuadamente la producción científica de artículos publicados, este dato se ha puesto en relación con los documentos publicados a texto completo.

La representación de las Agencias en las bases de datos especializadas es muy baja, no llegando al 50%. En cualquier caso, el nivel de exhaustividad de las bases de datos generales es todavía menor que el de las bases de datos especializadas: Embase tiene indizado el 20,95% de los documentos de las Agencias; Medline el 12,41%; ISI WOK el 11,06 %.

4.- Nuevos servicios de información y difusión: Casi todas las Agencias de ETS cuentan con página web y artículos en bases de datos de ámbito internacional. Sin embargo, con el vertiginoso desarrollo de las nuevas tecnologías, estas ya no son una garantía de difusión total. Los usuarios en la actualidad reclaman una política más proactiva, con canales abiertos de debate público, donde sea fácil buscar información y suscribirse a contenidos.

Sin embargo, en el momento de nuestro estudio, eran pocas las Agencias que empleaban nuevas herramientas tecnológicas para la personalización de contenidos. Tal y como está establecido el sistema, es el usuario el que debe conectarse a una o varias páginas web en busca de noticias.

- Los boletines electrónicos, permiten al usuario estar al tanto de las novedades publicadas por las Agencias, sin necesidad de consultar cada cierto tiempo las líneas de trabajo. En el caso de las Agencias, sus boletines electrónicos son en su mayoría accesibles a través de las páginas web, por lo que la diseminación activa en estos casos es meramente testimonial. Se trata de boletines de difusión nacional y/o regional, o al menos así parece indicarlo el idioma en el que se presentan (en la mayor parte de los casos los boletines están en el propio del país de origen). En cualquier caso la falta de actualización o periodicidad de los mismos hace que estos pierdan valor. En cualquier caso, en los últimos años, los boletines han ido perdiendo protagonismo frente a la aparición de nuevas herramientas de difusión más personalizables y adaptadas a las necesidades y comodidades de los usuarios, como los RSS.
- Los servicios de difusión selectiva de la información han encontrado su máximo exponente en la sindicación de contenidos. En la actualidad es posible tener constancia de la actualización de una gran cantidad de fuentes, sin recurrir a la navegación. En este sentido, las RSS es un formato de texto que permite distribuir titulares de noticias y contenidos a través de Internet de forma automatizada. Si bien entendemos que se trata de un servicio relativamente novedoso, consideramos que el hecho de que sólo el 30% de las Agencias cuenten con él es bajo.
- Las redes sociales han supuesto en los últimos años un nuevo paradigma tecnológico y social. Ofrecen una serie de servicios, generalmente gratuitos, donde los usuarios tienen capacidad para generar información que comparten con otros miembros de la red produciéndose una interacción que acaba generando lo que se ha llamado inteligencia Colectiva ⁽²⁰⁰⁾. Un creciente número de

profesionales, investigadores, revistas científicas, universidades, centros de investigación, asociaciones científicas, entre otros, han encontrado en las redes sociales una nueva manera para comunicarse y compartir sus puntos de vista sobre documentos publicados recientemente, presentaciones científicas, debates, etc. A pesar de todo ello, en el momento de nuestro estudio prácticamente ninguna Agencias se había incorporado a estas. Posiblemente no han evaluado aún las potencialidades que ofrecen las nuevas tecnologías información.

Investigar todos los aspectos que pueden condicionar la transferencia del conocimiento se reconoce crucial para perfilar las acciones de mejora en la difusión por parte de las Agencias. Los resultados de este estudio en ocasiones revelan muchas coincidencias con los diferentes obstáculos identificados por otras investigaciones ya analizadas y en otras plantean nuevas limitaciones no tratadas hasta el momento. Todas ellas coinciden que, en la actualidad, todavía hay muchas barreras a la hora de transferir los conocimientos al plano de la toma de decisiones:

- Falta de visibilidad de las Agencias y sus documentos. Si bien los documentos elaborados aparecen claramente asociados a cada una de las Agencias, de acuerdo a su nombre oficial, no sucede lo mismo con las firmas de los artículos científicos. Lo mismo sucede con la terminología empleada por los diferentes documentos. En el caso de los documentos (IE, CT y FT) reciban diferentes nombre provoca que las Agencias y sus productos pierdan identidad propia.
- Identificación real de usuarios así como de las necesidades de información ha sido uno de los temas más tratados por la bibliografía ^(30, 42, 47-49), a pesar de lo cual, todavía no parece estar resuelto. Si bien al comienzo de nuestro trabajo establecíamos una clara relación entre la tipología documental y los usuarios, hemos detectado que en

ocasiones, existe una discordancia entre las audiencias declaradas y las tipologías documentales.

- La necesidad de políticas más proactivas ha sido también uno de los temas más tratados en la literatura ^(30, 45, 47, 48, 50,59). Desde el año 1997, en el que Perry ⁽⁴⁵⁾ denunciaba que las técnicas de diseminación empleadas se reducían a informes impresos y publicación de artículos, consideramos que pocos han sido los avances realizados, más allá de su adaptación a la página web en formato pdf, tal y como ya manifestaba Granados ⁽³⁰⁾. Básicamente, las líneas de trabajo propuestas por otros autores se podrían agrupar en los siguientes apartados:
 - a. Elaboración de guías metodológicas. En este sentido, en los últimos años las Agencias han elaborado herramientas o guías metodológicas sobre los diferentes procedimientos relacionados con la ETS. Sin embargo no hemos localizado ninguno que normalice los procesos de difusión y diseminación.
 - b. Adaptación a diferentes formatos ^(30, 49, 52, 57). Desde el año 1997 ya se ha planteado la necesidad de adaptar la información a las diferentes audiencias a las que va dirigida. Si bien es cierto que las propuestas han sido diferentes a lo largo del tiempo, los últimos estudios han recogido algunas de las más importantes; elaboración sistemática de diferentes versiones de un mismo documento, adaptadas a la audiencia a la que se dirigen y simultanear estas iniciativas con las herramientas disponibles notas de prensa, revistas científicas....
 - c. Visibilidad a través de publicaciones científicas ^(52, 56, 59). Desde el año 2002 varios han sido los autores que han denunciado la escasa publicación de resultados en las revistas científicas, proponiendo no tanto un aumento de artículos, si no el establecimiento de unos criterios que den mayor visibilidad a estas publicaciones (revistas con proceso de peer review, revistas open Access...). El resultado de este estudio demuestra que, si bien algunas Agencias han incorporado la publicación

- artículos como una estrategia constante, no ha sido una política general llevada a cabo.
- d. Inclusión de líderes de opinión y/o grupos de interés ^(30, 53, 56, 59). Al igual que en el anterior caso, este problema ya se ha formulado desde los primeros estudios realizados, en el año 1997 ⁽⁴⁵⁾. Si bien entendemos que los líderes de opinión en la actualidad, en la mayor parte de las ocasiones forman parte de los consultores o revisores externos, no existe ninguna política clara y transparente al respecto. La labor del consultor se ciñe a la propia revisión externa del documento.
- e. Evaluación del impacto. La primera propuesta sobre el impacto de las Agencias la encontramos en 1997 de la mano de Granados ⁽³⁰⁾. Desde esta fecha, hasta 2010, año del último estudio localizado, son varios los autores que hacen énfasis en este tema ^(30, 47- 49,59); evaluación del impacto. A pesar de todo ello, solo hemos localizado un estudio, realizado por la Agencia catalana de ETS ⁽⁵⁹⁾ y que es la evaluación del impacto en términos de producción científica y la consiguiente visibilidad que las Agencias tienen para las audiencias.

6.- CONCLUSIONES

A raíz de los datos ofrecidos en este estudio, consideramos que las actuales estrategias de diseminación de las Agencias deberían ser revisadas y evaluadas para conseguir una mayor eficacia.

Para incrementar la visibilidad y el impacto de sus productos, se recomienda incluir una política de difusión y diseminación de los resultados de la ETS como parte del proceso de las Agencias, teniendo en cuenta el mensaje principal a transmitir, la segmentación de audiencias, y los canales disponibles para su distribución.

Las Agencias deben de llevar a cabo unas políticas de **VISIBILIDAD**, tanto de las Agencias como de los documentos que elaboran. Las acciones para lograr este objetivo deben incluir, entre otras, las siguientes acciones:

1. Llevar a cabo políticas de normalización de la firma de la autoría y lugar de trabajo de los autores, de acuerdo a las recomendaciones actuales existentes.
2. Revisar las estrategias de utilidad, funcionalidad, y posicionamiento (tratamiento de la URL, metadatos, política de enlaces, etc.) para favorecer la visibilidad de las Agencias y sus productos, desde otras páginas o desde motores de búsqueda.

Así, el proceso de **DISEMINACIÓN** debe estar compuesto de los siguientes elementos:

1. Normalización de una clasificación común de audiencias, por parte de todas las Agencias que configuran la INAHTA. En ella se debe incluir a todos los actores implicados en el sistema sanitario, estableciendo para ello una serie de subclasificaciones dentro de cada grupo.
2. Para cada uno de los grupos y subgrupos establecidos es fundamental conocer las necesidades de información, comportamiento en el acceso a la información, etc.

3. Estandarizar la tipología documental y la terminología empleada para cada uno de los documentos. Asimismo, para cada tipología documental se deberían realizar diferentes versiones, adaptadas a sus destinatarios
4. Identificar de modo individual los usuarios potenciales de cada documento y realizar versiones diferentes para cada uno.
5. Explotar, en la medida de lo posible, todas las posibilidades que nos ofrecen los canales de comunicación actuales:
 - a) Publicación a través de las páginas web de las Agencias de los documentos. El acceso a estos documentos debería ser de acceso libre y gratuito.
 - b) Publicación sistemática de resultados en revistas indizadas en las principales bases de datos bibliográficas y con factor de impacto. Asimismo la especialidad debe seguir siendo un factor tenido en cuenta, además del ámbito geográfico.
 - c) Elaboración de un boletín electrónico único. En la actualidad son varias las Agencias que cuentan con un boletín electrónico, sin embargo, son dos los problemas que surgen al respecto: la necesidad de actualizar los contenidos y el hecho de que todos estos boletines están dirigidos a un público nacional y/o regional. La creación de un boletín único dirigido o coordinado por la INAHTA eliminaría todos estos problemas.
6. Actualización periódica de documentos en la base de datos HTA.
7. Adaptación de la página web a los actuales criterios de calidad internacionalmente reconocidos tales como constancia de actualización, disponibilidad de la página en otros idiomas, etc.

8. Explorar todas las posibilidades de comunicación que ofrece la web 2.0 y nuevos formatos (redes sociales, etc.). Con el fin de ofrecer conocimientos básicos, se deberían incluir formatos multimedia relacionados con la metodología de la ETS....

Asimismo y tras el proceso de difusión, debería estandarizarse una política de **ANÁLISIS DE IMPACTO**. Estos estudios deberían analizar el impacto y repercusión de las Agencias a través de todas las herramientas disponibles:

1. Estudios bibliométricos: a través de estos se permitiría saber por quienes son leídos los documentos, y la utilidad que se les está dando a los mismo.
2. Consulta de página web: Las posibilidades de medición web actuales resultan infinitas (número de visitas, procedencia geográfica de las consultas, horarios de consultas más habituales...).
3. Comprobar las consecuencias de las medidas correctoras implementadas.

ANEXOS

Anexo I: Cuestionario sobre las Agencias de ETS. Versión en castellano

I.- SOBRE LA AGENCIA

Número de personas que en la actualidad se encuentran trabajando en su Agencia
**(indicar el número de investigadores, documentalistas y personal administrativo)

II.- SOBRE LOS PRODUCTOS QUE ELABORA

*(Indicar si en su Agencia elaboran estos documentos, y en caso afirmativo, el número de ellos que se han realizado desde la creación de la Agencia)

PRODUCTOS	NÚMERO DE DOCUMENTOS
Informes de evaluación	
Consultas técnicas	
Guías de práctica clínica	
Fichas técnicas	
Otros (especificar)	

SOBRE LAS AUDIENCIAS A LAS QUE DIRIGE SU INFORMCIÓN

** Marcar con una X las audiencias a las que se dirigen los documentos elaborados por su Agencia.

PRODUCTOS	AUDIENCIAS	
Informes de evaluación	Autoridades sanitarias (gubernamentales, o locales)	
	Gerentes hospitalarios y de centros sanitarios	
	Clinicos	
	Otros profesionales santarios	
	Industria sanitaria	
	Ciudadanos y pacientes	
	Otros	
Consultas técnicas	Autoridades sanitarias (gubernamentales, o locales)	
	Gerentes hospitalarios y de centros sanitarios	
	Clinicos	
	Otros profesionales santarios	
	Industria sanitaria	
	Ciudadanos y pacientes	
Guías de práctica clínica	Autoridades sanitarias (gubernamentales, o locales)	
	Gerentes hospitalarios y de centros sanitarios	
	Clinicos	
	Otros profesionales santarios	
	Industria sanitaria	
	Ciudadanos y pacientes	
	Instituciones académicas	
Fichas técnicas	Autoridades sanitarias (gubernamentales, o locales)	
	Gerentes hospitalarios y de centros sanitarios	
	Clinicos	
	Otros profesionales santarios	
	Industria sanitaria	
	Ciudadanos y pacientes	

Anexo II: Cuestionario sobre las Agencias de ETS. Versión en inglés

QUESTIONNAIRE ON AGENCIES HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT

Name of the agency

I.- ABOUT YOUR AGENCY

Number of people currently working in your agency**
(indicate the number of researchers, librarians and administrative staff)

II.- ABOUT YOUR PRODUCTION

*(Indicate whether your agency produce these documents, and if so, the total number since the creation of the agency)

PRODUCTS	NUMBER OF DOCUMENTS
HTA reports	
Technical reports	
Clinical Practice Guidelines	
Early warning system	
Other (specify)	

III.- ABOUT USERS OF YOUR INFORMATION

** Mark an X in the audiences they target each of the documents prepared by your agency.

PRODUCTS	USERS	
HTA reports	Citizens and patients	Citizens and patients
	Hospital managers and health centers	
	Clinicians	
	Other health professionals	
	Health industry	
	Citizens and patients	
	Others	
Technical reports	Health authorities (government, or local)	
	Hospital managers and health centers	
	Clinicians	
	Other health professionals	
	Health industry	
	Citizens and patients	
Clinical practice guidelines	Health authorities (government, or local)	
	Hospital managers and health centers	
	Clinicians	
	Other health professionals	
	Health industry	
	Citizens and patients	
	Others	
Early warning system	Health authorities (government, or local)	
	Hospital managers and health centers	
	Clinicians	
	Other health professionals	
	Health industry	
	Citizens and patients	
Others		

Anexo III: Presencia de las Agencias en bases de datos. Estrategia de búsqueda

AETMIS	Canada	(AETMIS OR “Agence d’évaluation des technologies et des modes d’intervention en santé” OR “Quebec Health Service & Technology Assessment Agency”) (AETMIS OR "Agence devaluation des technologies et des modes dintervention en sante" OR "Quebec Health Service & Technology Assessment Agency")
AETS	España	(AETS OR “Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias” OR “Agency for Health Technology Assessment, Carlos III” OR “Spanish Agency for Health Technology Assessment”)
AETSA	España	(AETSA OR “Agencia Andaluza de Evaluación de Tecnologías Sanitarias” OR “Andalusian Agency for Health Technology Assessment” OR Andalusian Hlth Technol Assessment)
Age.na.s	Italia	“Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali” OR Age.na.s OR “italian health technology assessment agency” OR “Italian Hlth Technol Assessment”
AHRQ	Estados unidos	(AHRQ OR “Agency for Healthcare Research and Quality”) AND (Bethesda OR “United States))
AHTA	Australia	(AHTA OR “Adelaide Health Technology Assessment” OR “Adelaide Hlth Technol Assessment “)
AHTAPol	Polonia	(AHTAPol OR “Agencji Oceny Technologii Medycznych” OR “Agency for Health Technology Assessment in Poland” OR “Agcy Hlth Technol Assessment in Poland”)
ASERNIP-S	Australia	(Asernip-s OR “Australian safety and efficacy register of new interventional procedures” OR “Australian Safety and Efficacy Register of New Interventional Procedures-Surgical”)
Avalia-t	España	(Avalia OR Avalia-tOR “Axencia de Avaliación de Tecnologías Sanitarias de Galicia” OR “Galician Agency for Health Technology Assessment” OR “Galician Agcy Hlth Technol Assessment”)
CADTH	Canadá	(CADTH OR “Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health” OR “Canadian Agcy Hlth Technol Assessment”)
CAHTA	España	(AIAQS OR “Agencia dAvaluacio de Tecnologia i Recerca Mediques” OR Aqurahealth OR aQURASALUT OR “Agency for

		Quality, Research and Assessment in Health” OR CAHTA OR “Catalan Agency for Health Technology Assessment and Research” OR “Catalan Agcy Hlth Technol Assessment & Res”)
CDE	Taiwan	(CDE OR “Centre for drug evaluation”) Taiwan
CEDIT	Francia	(CEDIT OR “Comite d’Evaluation et de Diffusion des Innovations Technologiques” OR “Comite Evaluat & Difus Innovat Technol”) AND (France OR Paris)
CENETEC	Mexico	(CENETEC OR “Centro Nacional de Excelencia Tecnológica”)
CNHTA	Corea	(CNHTA OR “Committee for New Health Technology Aseessment”) Korea
CRD	Reino Unido	(CRD OR “Centre for Reviews and Dissemination”) AND (York OR England)
CVZ	Holanda	(CVZ OR “College voor Zorgverzekeringen”) AND (Diemen OR Netherlands)
DACEHTA	Dinamarca	DACEHTA OR “Danish Centre for Evaluation and Health Technology Assessment” OR “Danish Centre for Evaluat Halth Technol Assessment”
DAHTA @DIMDI	Alemania	DAHTA OR “Deutsche Agentur für Health Technology Assessment” OR “German Agency for HTA” OR “German Agcy Hlth Technol Assessment”
DECIT-CGATS	Brasil	(DECIT-CGATS OR “Geral de Avaliação de Tecnologias em Saúde”)
DSI	Dinamarca	(DSI OR “Dansk Sygehusinstitut” OR “Danish Institute for Health Services Research” OR “Danish Inst Hlth Serv Res”) AND (Denmark OR Copenhagen)
ETESA	Chile	(("evaluación de tecnologías sanitarias" OR " health technology assessment")AND (chile OR ETESA)
FinOHTA	Finlandia	FinOHTA OR “Finnish Office for Health Care Technology Assessment” OR “Finnish Office Hlth Technol Assessment”
GÖG	Austria	(GÖG OR Gesundheit Österreich GmbH) Austria

GR	Holanda	(GR OR Gezondheidsraad)AND (Netherlands OR Den Haag)
HAS	Francia	(HAS OR “Haute Autorité de Santé”)AND (France OR paris)
HIQA	Irlanda	(HIQA OR “Health Information and Quality Authority”) AND Ireland
HITAP	Tailandia	(HITAP OR “Health Intervention and Technology Assessment Program”)
HSAC	Nueva Zelanda	(HSAC OR “Health Services Assessment Collaboration”) AND New Zealand
ICTAHC	Israel	ICTAHC OR “Israel Center for Technology Assessment in Health Care” OR “Israel Ctr Hlth Technol”
IECS	Argentina	(IECS OR “Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria” OR “Inst Clin Effectiveness & Hlth Policy”)AND (Buenos Aires OR Argentina)
IHE	Canada	(IHE OR “institute of Health Economics”) (Canada OR Edmonton)
IQWiG	Alemania	(IQWiG OR “Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen” OR “German Institute of Quality & Efficiency Health Care” OR “German Inst Qual & Efficiency Hlth Care”) AND (cologne OR Germany)
KCE	Belgica	(KCE OR Kenniscentrum OR “Belgian Federal Health Care Knowledge” OR “Belgian Hlth Care Knowledge Ctr”)) AND(Brussels OR Belgium)
LBI of HTA	Austria	“LBI of HTA” OR “Ludwig Boltzmann Institute for Health Technology Assessments” OR “Ludwig Boltzmann Inst Hlth Technol Assess”
MaHTAS	Malasia	“Malaysian Health Technology Assessment Section” OR mahtas OR “Malaysian Hlth Technol Assess”
MAS	Canadá	(MAS OR “Medical Advisory Secretariat”)AND (Canada OR Ontario)
MSAC	Australia	(MSAC OR “Medicare Services Advisory Committee”) AND (Canberra OR Australia)

MTU-SFOPH	Suiza	(MTU-SFOPH OR “Medical Technology Unit Swiss Federal Office of Public Health”)
NETSCC, HTA	Reino – Unido	NETSCC OR “NIHR Coordinating Centre for Health Technology Assessment” OR NCCHTA
NHS QIS	Reino – Unido	(“NHS QIS” OR “NHS Quality Improvement Scotland”)
NHSC	Reino – Unido	NHSC OR “National Horizon Scanning Centre”
NOKC	Noruega	(NOKC OR “Norwegian Knowledge Centre for Health Services” OR Kunnskapscenteret OR “Norwegian Knowledge Ctr Hlth Serv”) (Oslo OR Norway)
OSTEBA	España	(OsTeba OR “Basque Office for HTA” OR “Basque Office for Health Technology Assessment” OR “Basque Off HTA”)
SBU	Suecia	(SBU OR “Statens beredning för medicinsk utvärdering” OR “Swedish Council on Technology Assessment in Health Care” OR “Swedish Council Technol Assessment Hlth Care”)AND (Stockholm OR Sweden)
UETS	España	(UETS OR “Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias” OR “Lain Entralgo Agcy, Hlth Technol Assessment Unit”) AND (Madrid OR Spain)
UVT - HTA	Italia	(UVT OR “Unità di Valutazione delle Tecnologie”)AND (italy OR italia)
VASPVT	Lituania	(VSMTVA OR “Veselības statistikas un medicīnas tehnoloģiju valsts aģentūra” OR “Health Statistics and Medical Technologies State Agency”)
VATAP - VA	EEUU	VATAP OR "Veterans Affairs Technology Assessment Program"
ZonMw	Holanda	(ZonMw OR “Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie” OR “Netherlands Organisation for Health Research and Development”) AND (Hague OR Netherlands)

Anexo IV: Clasificación de la tipología documental empleada

En esta tabla no aparecen expuestas todas las clasificaciones ofrecidas por la base de datos, sino que tan sólo se han recogido aquellos trabajos utilizados por las Agencias estudiadas ^(113, 209)

Tabla 48: Tipos de publicaciones existentes en las bases de datos analizadas. CONGRESOS		
MEDLINE	EMBASE	ISI WOK
<p>Clinical Conference: Conferencia de médicos con observaciones sobre hallazgos diagnósticos, manifestaciones clínicas, resultados del tratamiento, etc.</p>		
<p>Congresses: Publicación sobre actas o informes de sesiones, muchas veces con presentación de trabajos o resúmenes.</p>	<p>Conference Abstracts: conferencias publicadas en suplementos</p> <p>Conference Paper: publicación de datos presentados en una conferencia (incluidos resúmenes de conferencias).</p> <p>Conference Reviews: Conference Reviews provide overviews for each conference.</p>	<p>Meeting abstract: Resumen de trabajos presentados a un simposio o conferencia.</p> <p>Proceedings Paper: Publicación sobre actas de sesiones.</p>

Tabla 49: Tipos de publicaciones existentes en las bases de datos analizadas. ARTÍCULOS DE OPINIÓN

MEDLINE	EMBASE	ISI WOK
Comment: Nota crítica o aclaratoria escrita para apoyar o debatir un artículo ya publicado. Puede tener la forma de artículo, carta, editorial, etc.	Note: Publicación de notas, las discusiones o comentarios.	
Corrected and Republished Article: reedición de un artículo para corregir, ampliar o restaurar el texto y los datos del artículo publicado originalmente.	Erratum: publicación de errores, correcciones o retractaciones de un artículo publicado anteriormente.	correction
Editorial: Declaración de opiniones, creencias y políticas del editor de una revista, generalmente sobre asuntos de actualidad científica de interés para la comunidad.	Editorial: publicación que resume los artículos en una revista o la prestación de novedades editoriales.	Editorial Material: artículo con opiniones de una persona o grupo (editoriales, comentarios, conferencias..)
Letter: Comunicación entre personas y representantes de organizaciones.	Letter: publicación de una o varias cartas publicadas en la revista original.	Letter: publicación de una o varias cartas publicadas en la revista original.

Tabla 50: Tipos de publicaciones existentes en las bases de datos analizadas. ARTÍCULOS ORIGINALES

MEDLINE	EMBASE	ISI WOK
<p>Classical Article: Presentación actual de un artículo original previamente impreso y que marca un hito en la historia de la ciencia. Generalmente van acompañados de comentarios resaltando su reimpresión. Generalmente la reimpresión es íntegra, tal como aparecían en el original.</p>	<p>Article: publicación de investigación original o de sus opiniones.</p>	<p>Article: Informes de investigación sobre obras originales. Incluye trabajos de investigación, comunicaciones breves, informes de casos, notas, cronología y textos completos que se presentaron en un simposio o conferencia.</p>
<p>Clinical Trial: Estudio clínico de seguridad, eficacia o dosificación de fármacos, o técnicas, de acuerdo a criterios predeterminados de selección para evidencias de efectos favorables o desfavorables.</p>		
<p>Historical Article: Artículo en el que se describen circunstancias o sucesos pasados sobre un campo de estudio, profesión, descubrimiento, etc.</p>		
<p>Introductory Journal Article: Resumen prefacial de un número o sección especial de una revista dedicada a un tema específico.</p>		
<p>Journal Article: Tipo de publicación predominante para artículos y otros ítems indizados para las bases de datos de a NLM.</p>		

Tabla 51: Tipos de publicaciones existentes en las bases de datos analizadas. GUIAS

Medline*		
<p>Consensus Development Conference: Exposiciones resumidas que representan los acuerdos mayoritarios y actuales de médicos, científicos y otros profesionales reunidos para alcanzar un acuerdo de consenso sobre una determinada materia.</p>		
<p>Guideline: Conjunto de declaraciones, directrices o instrucciones que exponen reglas o políticas actuales o futuras. Pueden estar desarrolladas por Agencias gubernamentales de cualquier rango, instituciones, sociedades profesionales o juntas directivas o por acuerdo de grupos de expertos. El texto puede ser concreto o general, pero generalmente es exhaustivo sobre problemas y planteamientos de una disciplina o actividad.</p>		
<p>Practice Guideline: Conjunto de orientaciones o principios para ayudar al profesional sanitario a la toma de decisiones en el cuidado del paciente respecto a los otros procedimientos clínicos más adecuados, en circunstancias clínicas específicas. Pueden ser desarrolladas por Agencias gubernamentales, instituciones, profesionales o juntas directivas o por acuerdo de grupos de expertos.</p>		

Tabla 52: Tipos de publicaciones existentes en las bases de datos analizadas. ARTÍCULOS DE REVISIÓN.

Medline	EMBASE	ISI WOK
<p>Review: Artículo publicado después de examinar el material publicado sobre una materia de la literatura actual. Del mismo modo, el material puede ser amplio y puede abarcar, material clínico así como investigación experimental o informes de casos.</p>	<p>Review: publicación de una revisión importante de investigación original, por lo general con una extensa bibliografía.</p>	<p>Review; estudio actualizado de material ya estudiado. Incluye artículos de revisión y estudios de la literatura publicada previamente.</p>
	<p>Short Survey: publicación de una breve reseña de investigación original, con una bibliografía menos extensa.</p>	

BIBLIOGRAFÍA

1. Goodman CS. Introduction to health technology assessment. The. Lewin Group. Virginia, USA; 2004.
2. Muñoz-Alonso López G. La evaluación de tecnologías (ET): Origen y desarrollo. Rev Gral Inf Doc. 2002;7(1):15-30.
3. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS) Instituto de Salud Carlos III - Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía para la elaboración de Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Madrid: AETS.- Instituto de Salud Carlos III; 1999.
4. Jonsson E, Reiser SJ. The history of the Int J Technol Assess Health Care. Int J Technol Assess Health Care. 2009 ;25 Suppl 1:11-8.
5. Banta D, Jonsson E, Childs P. History of the international societies in health technology assessment: International Society for Technology Assessment in Health Care and Health Technology Assessment International. Int J Technol Assess Health Care. 2009;25 Suppl 1:19-23.
6. Banta D, Kristensen FB, Jonsson E. A history of health technology assessment at the European level. Int J Technol Assess Health Care. 2009 ;25 Suppl 1:68-73.
7. Hailey D. Development of the International Network of Agencies for Health Technology Assessment. Int J Technol Assess Health Care. 2009;25 Suppl 1:24-7.
8. Asua Batarrita J. International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA) o la necesidad de colaboracion en evaluacion de tecnologias sanitarias. Med Clin (Barc). 1999;112 Suppl 1:86-9.
9. Hailey D, Menon D. A short history of INAHTA. International Network of Agencies for Health Technology Assessment. Int J Technol Assess Health Care. 1999;15(1):236-42.
10. INAHTA [Internet]. Stockholm: INAHTA; [consultado 13 diciembre 2011]. HTA Glossary. Disponible en: http://www.inahta.org/upload/HTA_resources/Edu_INAHTA_glossary_July_2006_final.pdf.
11. Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Medicina basada en la evidencia. Cómo ejercer y enseñar la MBE. Madrid: Churchill Livingstone; 1997.

12. Rotstein D, Laupacis A. Differences between systematic reviews and health technology assessments: a trade-off between the ideals of scientific rigor and the realities of policy making. *Int J Technol Assess Health Care*. 2004;20(2):177-83.
13. Draborg E, Gyrd-Hansen D. Time-trends in health technology assessments: an analysis of developments in composition of international health technology assessments from 1989 to 2002. *Int J Technol Assess Health Care*. 2005;21(4):492-8.
14. Milne R, Clegg A, Stevens A. HTA responses and the classic HTA report. *J Public Health Med*. 2003;25(2):102-6.
15. Hailey D. Health technology assessment. *Singapore Med J*. 2006;47(3):187-92.
16. Lampe K, Makela M, Garrido MV, Anttila H, Autti-Ramo I, Hicks NJ, et al. The HTA core model: a novel method for producing and reporting health technology assessments. *Int J Technol Assess Health Care*. 2009;25 Suppl 2:9-20.
17. EUnetHTA Work Package 8. EUnetHTA Handbook on Health Technology Assessment Capacity Building. Barcelona: Catalan Agency for Health Technology Assessment and Research. Catalan Health Service. Department of Health Autonomous Government of Catalonia; 2008.
18. Turner S, Chase DL, Milne R, Cook A, Hicks NJ, Rosten C, et al. The adaptation of health technology assessment reports: identification of the need for, and development of a toolkit to aid the process. *Int J Technol Assess Health Care*. 2009;25 Suppl 2:28-36.
19. Turner S, Chase DL, Milne R, Cook A, Hicks NJ, Rosten C, et al. The health technology assessment adaptation toolkit: description and use. *Int J Technol Assess Health Care*. 2009;25 Suppl 2:37-41.
20. Busse R, Orvain J (Chairs) Best practice in undertaking and reporting HTA. To develop and disseminate best practice in undertaking and reporting assessments to identify needs for methodological development. ECHTA/ECAHI Working Group 4 Report. Stockholm, SBU; 2001.
21. Hailey D, Corabian P, Harstall C, Schneider W. The use and impact of rapid health technology assessments. *Int J Technol Assess Health Care*. 2000;16(2):651-6.
22. Watt A, Cameron A, Sturm L, Lathlean T, Babidge W, Blamey S, et al. Rapid reviews versus full systematic reviews: an inventory of current methods and practice in health technology assessment. *Int J Technol Assess Health Care*. 2008;24(2):133-9.

23. Murphy K, Packer C, Stevens A, Simpson S. Effective early warning systems for new and emerging health technologies: developing an evaluation framework and an assessment of current systems. *Int J Technol Assess Health Care*. 2007;23(3):324-30.
24. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS) Instituto de Salud Carlos III - Ministerio de Sanidad y Consumo. Sistemas de detección de tecnologías sanitarias nuevas y emergentes. El proyecto SINTESIS - nuevas tecnologías»Madrid: AETS - Instituto de Salud Carlos III; 2003.
25. Axencia de Avaliación de Tecnologías Sanitarias de Galicia [Internet]. Santiago de Compostela: Axencia de Avaliación de Tecnologías Sanitarias de Galicia. [Consultado 18 de agosto de 2011]. Disponible en: <http://avalia-t.sergas.es>.
26. Robert G, Stevens A, Gabbay J. 'Early warning systems' for identifying new healthcare technologies. *Health Technol Assess*. 1999;3(13):1-108.
27. Asua JGI I. López Argumedo M. La identificación de Tecnologías Sanitarias Emergentes Documento de base para el funcionamiento de la red SorTek. Vitoria- Gasteiz: Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco; 2002. Informe nº: Osteba D-00-02.
28. Shekelle P, Woolf S, Grimshaw J. Clinical guidelines: developing guidelines. *BMJ*. 1999;318(7183):593-6.
29. Dobbins M, Cockerill R, Barnsley J, Ciliska D. Factors of the innovation, organization, environment, and individual that predict the influence five systematic reviews had on public health decisions. *Int J Technol Assess Health Care*. 2001;17(4):467-78.
30. Granados A, Jonsson E, Banta HD, Bero L, Bonair A, Cochet C, et al. EUR-ASSESS Project Subgroup Report on Dissemination and Impact. *Int J Technol Assess Health Care*. 1997;13(2):220-86.
31. Greenhalgh T, Glenn R, Bate O, Macfarlane F, Kyriakidou O. Diffusion of innovation in Health Service Organisations: A systematic literature review. Berkeley: Blackwell; 2005.
32. Greenhalgh T, Robert G, Macfarlane F, Bate P, Kyriakidou O. Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. *Milbank Q*. 2004;82(4):581-629.
33. Kerner J, Rimer B, Emmons K. Introduction to the special section on dissemination: dissemination research and research dissemination: how can we close the gap? *Health Psychol*. 2005;24(5):443-6.

34. Rabin BA, Brownson RC, Haire-Joshu D, Kreuter MW, Weaver NL. A glossary for dissemination and implementation research in health. *J Public Health Manag Pract.* 2008;14(2):117-23.
35. Tetroe JM, Graham ID, Foy R, Robinson N, Eccles MP, Wensing M, et al. Health research funding agencies' support and promotion of knowledge translation: an international study. *Milbank Q.* 2008;86(1):125-55.
36. Scullion PA. Effective dissemination strategies. *Nurse Res.* 2002;10(1):65-77.
37. Fronsdal KB, Facey K, Klemp M, Norderhaug IN, Morland B, Rottingen JA. Health technology assessment to optimize health technology utilization: using implementation initiatives and monitoring processes. *Int J Technol Assess Health Care.* 2010;26(3):309-16.
38. Mitton C, Adair CE, McKenzie E, Patten SB, Wayne Perry B. Knowledge transfer and exchange: review and synthesis of the literature. *Milbank Q.* 2007;85(4):729-68.
39. Moharra M, Espallargues M, Kubesch N, Estrada MD, Parada A, Vondeling H, et al. Systems to support health technology assessment (HTA) in Member States of the European Union with limited institutionalization of HTA. *Int J Technol Assess Health Care.* 2009;25(Suppl.S2):75.
40. Jacob R, McGregor M. Assessing the impact of health technology assessment. *Int J Technol Assess Health Care.* 1997;13(1):68-80.
41. Jacob R, Battista RN. Assessing technology assessment. Early results of the Quebec experience. *Int J Technol Assess Health Care.* 1993;9(4):564-72.
42. Drummond M, Weatherly H. Implementing the findings of health technology assessments. If the CAT got out of the bag, can the TAIL wag the dog? *Int J Technol Assess Health Care.* 2000;16(1):1-12.
43. Sobrido Prieto M, Casal Acción B, Ríos Neira M. Base de datos de revisiones sistemáticas: guía de uso. HTA, DARE y NHSCRD. [Internet]. Santiago de Compostela: Axencia de Evaluación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia; 2008. Disponible en: Base de datos de revisiones sistemáticas: guía de uso. HTA, DARE y NHSCRD
44. González Guitián C, Sobrido Prieto M. Bases de datos de guías de práctica clínica. *El Prof Inf.* 2006;15(4):297-302.

45. Perry S, Gardner E, Thamer M. The status of health technology assessment worldwide - Results of an international survey. *Int J Technol Assess Health Care*. 1997;13(1):81-98.
46. Banta D, Oortwijn W. Health technology assessment and health care in the European Union. *Int J Technol Assess Health Care*. 2000;16(2):626-35.
47. Lehoux P, Tailliez S, Denis JL, Hivon M. Redefining health technology assessment in Canada: diversification of products and contextualization of findings. *Int J Technol Assess Health Care*. 2004;20(3):325-36.
48. Lehoux P, Denis JL, Tailliez S, Hivon M. Dissemination of health technology assessments: identifying the visions guiding an evolving policy innovation in Canada. *J Health Polit Policy Law*. 2005;30(4):603-41.
49. Battista RN. Expanding the scientific basis of health technology assessment: a research agenda for the next decade. *Int J Technol Assess Health Care*. 2006;22(3):275-80.
50. Martelli F, La Torre G, Di Ghionno E, Staniscia T, Neroni M, Cicchetti A, et al. Health technology assessment agencies: an international overview of organizational aspects. *Int J Technol Assess Health Care*. 2007;23(4):414-24.
51. Chase D, Rosten C, Turner S, Hicks N, Milne R. Development of a toolkit and glossary to aid in the adaptation of health technology assessment (HTA) reports for use in different contexts. *Health Technol Assess*. 2009;13(59):1.
52. Neikter SA, Rehnqvist N, Rosen M, Dahlgren H. Toward a new information infrastructure in health technology assessment: communication, design, process, and results. *Int J Technol Assess Health Care*. 2009 ;25 Suppl 2:92-8.
53. Nielsen CP, Lauritsen SW, Kristensen FB, Bistrup ML, Cecchetti A, Turk E. Involving stakeholders and developing a policy for stakeholder involvement in the European network for health technology assessment, EUnetHTA. *Int J Technol Assess Health Care*. 2009;25 Suppl 2:84-91.
54. Moharra M, Kubesch N, Estrada MD, Parada A, Cortés M, Espallargues M on behalf of Work Package 8, EUnetHTA project. Survey report on HTA organisations. Barcelona (Spain): Catalan Agency for Health Technology Assessment and Research. Catalan Health Service. Department of Health. Autonomous Government of Catalonia; 2008.

55. Arellano LE, Reza M, Blasco JA, Andradas E. A content analysis of Health Technology Assessment programs in Latin America. *Int J Technol Assess Health Care*. 2009;25(4):570-6.
56. The ECHTA/ECAHI Project. Stockholm. (Sweden): The Swedish Council on Technology Assessment in Health Care (SBU); 2002.[consultado agosto 2011] Grant Agreement No. SI2.122594 (99CVF3-508). Disponible en: http://ec.europa.eu/health/ph_projects/1999/monitoring/fp_monitoring_1999_frep_09_en.pdf
57. Sobrido Prieto M, González Guitián C, Cerdá Mota T, Grupo de técnicos y expertos en documentación y difusión de las Agencias y Unidades de Evaluación de Tecnologías Sanitarias Españolas. Estrategias para la difusión y diseminación de los productos de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETS). Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación, 2009 avalia-t Núm. 2007 / 07.
58. Casal Acción B, Alcázar Alcázar R, López García ML, Grupo de Trabajo de documentalistas y responsables de difusión de las Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de España. Diseminación de los productos de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Nuevas líneas de trabajo [Internet]. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social e Igualdad. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia; 2010. Informes de evaluación de tecnologías sanitarias: avalia-t Núm. 2010/04. Disponible en: <http://www.sergas.es/Docs/Avalia-T/avaliat201004diseminacion.pdf>
59. Parada A, Gutiérrez-Ibarluzea I, grupo AUnETS. Evaluación del impacto bibliográfico de las agencias y unidades españolas de evaluación de tecnologías sanitarias. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Ciencia e Innovación. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut de Catalunya; 2010. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, AIAQS núm. 2007/xx.
60. Banta D. Report from the EUR-ASSESS Project. *Int J Technol Assess Health Care*. 1997;13:133-40.
61. Banta HD, Haatziandreu E (Chairs). Health promotion and disease prevention. To assess health promotion and disease prevention activities in terms of benefits, risks and economic, social, and ethical implications as a complement to community health indicators. Working Group 1 Report. Stockholm: SBU; 2001.
62. Douw K, Vondeling H, Bakketeig LS. HTA Education and training in Europe. Report to ECHTA/ECAHI. Stockholm: SBU; 2001.

63. Borlum-Kristensen F, Gabbay J (Chairs). Education and training. To develop and co-ordinate education and support networks for individuals and organisations undertaking or using assessment of health interventions. To identify needs in the field and assist in the establishment of new provisions. Working Group 5 Report. Stockholm: SBU; 2001.
64. International Network of Agencies for Health Technology Assessment [Internet]. Stockholm: International Network of Agencies for Health Technology Assessment; 2008 [Consultado 20 julio 2011]. Disponible en: <http://www.inahta.org>.
65. Adelaide Health Technology Assessment. [Internet]. Adelaide: Adelaide Health Technology Assessment. [Consultado 20 de agosto de 2011]. Disponible en: http://www.public-health.adelaide.edu.au/consult/health_techn_assess.html.
66. Agencia d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut [Internet]. Barcelona: Agencia d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdica [Consultado 25 de agosto de 2011]. Disponible en: <http://www.aatrm.net/>.
67. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias [Internet]. Madrid: Instituto de Salud Carlos III [Consultado 24 de agosto de 2011]. Disponible en: http://www.isciii.es/htdocs/investigacion/Agencia_quees.jsp.
68. Agencji Oceny Technologii Medycznych. [Internet]. Warszawa: Agencji Oceny Technologii Medycznych. [Consultado 25 de agosto de 2011]. Disponible en: <http://www.aotm.gov.pl>.
69. Agency for Healthcare Research and Quality [Internet]. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality [Consultado 21 de agosto de 2011]. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/>.
70. Australian Safety and Efficacy Register of New Interventional Procedures surgical [Internet]. Melbourne: Australian Safety and Efficacy Register of New Interventional Procedures surgical [Consultado 24 de agosto de 2011]. Disponible en: <http://www.surgeons.org/asernip-s>.
71. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health [Internet]. Ottawa: Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health [Consultado 23 de agosto de 2011]. Disponible en: <http://www.cadth.ca>.
72. Center for Drug Evaluation. [Internet] Taipei: Center for Drug Evalua.[Consultado 20 agosto de 2011] Disponible en: <http://www.hitap.net/>.

73. Centre for Reviews and Dissemination [Internet]. York: University of York [Consultado 25 de agosto de 2011]. Disponible en: <http://www.york.ac.uk/inst/crd/>.
74. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica [Internet]. México: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica [Consultado 13 de agosto de 2011]. Disponible en: <http://www.cenetec.gob.mx>.
75. College voor Zorgverzekeringen [Internet]. Diemen: College voor Zorgverzekeringen. [Consultado 26 de agosto de 2011]. Disponible en: <http://www.cvz.nl>.
76. Comité d'Evaluation et de Diffusion des Innovations Technologiques [Internet]. París: Comité d'Evaluation et de Diffusion des Innovations Technologiques [Consultado 26 de agosto de 2011]. Disponible en: http://cedit.aphp.fr/english/index_present.html.
77. Danish Centre for Evaluation and Health Technology Assessment [Internet]. Copenhague: Danish Centre for Evaluation and Health Technology Assessment [Consultado 25 de agosto de 2011]. Disponible en: <http://www.dacehta.dk>.
78. Dansk Sygehusinstitut [Internet]. Copenhague: Dansk Sygehusinstitut [Consultado 25 de agosto de 2011]. Disponible en: <http://www.dsi.dk>.
79. DECIT-CGATS - Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia [Internet]. Brasília: Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia [Consultado 27 de agosto de 2011]. Disponible en: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1026.
80. Deutsche Agentur für Health Technology Assessment [Internet]. Cologne: Deutsche Agentur für Health Technology Assessment [Consultado 20 de agosto de 2011]. Disponible en: <http://www.dimdi.de>.
81. Finnish Office for Health Care Technology Assessment [Internet]. Helsinki: Finnish Office for Health Care Technology Assessment [Consultado 20 agosto 2011]. Disponible en: <http://www.stakes.fi/finohta/>.
82. Gesundheit Österreich GmbH. [Internet]. Wien: Gesundheit Österreich GmbH [Consultado 25 de agosto de 2011]. Disponible en: <http://www.goeg.at>.
83. Gezondheidsraad [Internet]. The Hague: Gezondheidsraad [Consultado 25 de agosto de 2011]. Disponible en: <http://www.gr.nl>.

84. Haute Autorité de Santé [Internet]. París: Haute Autorité de santé [Consultado 20 de agosto de 2011]. Disponible en: <http://www.has-sante.fr>.
85. Health Information and Quality Authority. [Internet]. Dublin: Health Information and Quality Authority [Consultado 25 de agosto de 2011]. Disponible en: <http://www.higa.ie/about.asp>.
86. Health Intervention and Technology Program. [Internet] Nonthaburi: Health Intervention and Technology Program. [Consultado 20 agosto de 2011] Disponible en: <http://www.hitap.net/>.
87. Health Services Assessment Collaboration. [Internet]. Christchurch: Health Services Assessment Collaboration. [Consultado 20 de agosto de 2011]. Disponible en: <http://www.healthsac.net/>.
88. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen [Internet] Cologne: Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen [Consultado 20 de agosto de 2011]. Disponible en: <http://www.iqwig.de>.
89. Institute for Health Economics. [Internet] Edmonton: Institute for Health Economics.[Consultado 20 agosto de 2011] Disponible en: <http://www.ihe.ca>.
90. Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria [Internet]. Buenos Aires: Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria [Consultado 23 de agosto de 2011]. Disponible en: <http://www.iecs.org.ar>.
91. Israel Center for Technology Assessment in Health Care [Internet]. Tel Aviv: Israel Center for Technology Assessment in Health Care [Consultado 6 de agosto de 2011]. Disponible en: http://www.health.gov.il/english/pages_e/default.asp?pageid=28&parentid=15&catid=13&maincat=2.
92. L'Agencia nazionale per i servizi sanitari. [Internet]. Roma: L'Agencia nazionale per i servizi sanitari [Consultado 25 de agosto de 2011]. Disponible en: <http://www.agenas.it/>.
93. Ludwig Boltzmann Institute for Health Technology Assessments. [Internet]. Wien: Gesundheit Österreich GmbH [Consultado 25 de agosto de 2011]. Disponible en: <http://hta.lbg.ac.at/de/index.php>.
94. Medical Advisory Committee [Internet]. Toronto: Medical Advisory Committee [Consultado 25 de agosto de 2011]. Disponible en: http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/mas/mas_about.html.

95. Medical Technology Unit - Swiss Federal Office of Public Health [Internet]. Berne: Medical Technology Unit [Consultado 23 de agosto de 2011]. Disponible en: <http://www.snhta.ch>.
96. National Coordinating Centre for Health Technology Assessment. [Internet] Southampton: National Coordinating Centre for Health Technology Assessment. [Consultado 20 agosto de 2011] Disponible en: <http://www.hta.ac.uk>.
97. National Horizon Scanning Centre [Internet]. Birmingham: University of Birmingham; 2008 [Consultado 15 de agosto de 2011]. Disponible en: <http://www.haps.bham.ac.uk/publichealth/horizon>.
98. Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie [Internet]. Den Haag: Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie [Consultado 20 de agosto de 2011]. Disponible en: <http://www.zonmw.nl>.
99. NHS Quality Improvement Scotland. [Internet] Edimburgh: NHS Quality Improvement Scotland. [Consultado 20 agosto de 2011] Disponible en: <http://www.nhshealthquality.org>.
100. Norwegian Knowledge Centre for Health Services [Internet]. Oslo: Norwegian Knowledge Centre for Health Services [Consultado 20 de agosto de 2011]. Disponible en: <http://www.nokc.no>
101. Osteba (Euskal Herriko Osasun Saileko Osasun. Teknologien Ebaluazioko Zerbitzuak) [Internet]. Vitoria: Osteba [Consultado 25 de agosto de 2011]. Disponible en: http://www.osasun.ejgv.euskadi.net/r52-20726/es/contenidos/informacion/temas_evaluar/es_1211/inv03.html
102. State Health Care Accreditation Agency under the Ministry of Health of the Republic of Lithuania. [Internet]. Vilnius: State Health Care Accreditation Agency under the Ministry of Health of the Republic of Lithuania. [Consultado 25 de agosto de 2011]. Disponible en: <http://www.policlinicogemelli.it/area/?s=206>
103. Statens beredning för medicinsk utvärdering/Swedish Council on Technology Assessment in Health Care [Internet]. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering/Swedish Council on Technology Assessment in Health Care [Consultado 15 de agosto de 2011]. Disponible en: <http://www.sbu.se/en/>

104. Unidad de Evaluación de Tecnologías de Salud. [Internet] Santiago de Chile: Unidad de Evaluación de Tecnologías de Salud.[Consultado 20 agosto de 2011] Disponible en: http://www.redsalud.gov.cl/temas_salud/evaluacion.html.
105. Unità di Valutazione delle Tecnologie. [Internet]. Roma: Unità di Valutazione delle Tecnologie [Consultado 25 de agosto de 2011]. Disponible en: <http://www.policlinicogemelli.it/area/?s=206>
106. Veterans Affairs.- Technology Assessment Program [Internet]. Boston: Veterans Affairs [Consultado 22 de agosto de 2011]. Disponible en: <http://www.va.gov/vatap>
107. Nilsen ES, Myrhaug HT, Johansen M, Oliver S, Oxman AD. Métodos de participación del consumidor en el desarrollo de políticas e investigación sanitarias, guías para la práctica clínica y material informativo para el paciente (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
108. Fattal J, Lehoux P. Health technology assessment use and dissemination by patient and consumer groups: why and how? *Int J Technol Assess Health Care*. 2008;24(4):473-80.
109. Shea B, Santesso N, Qualman A, Heiberg T, Leong A, Judd M, et al. Consumer-driven health care: building partnerships in research. *Health Expect*. 2005;8(4):352-9.
110. Facey K, Boivin A, Gracia J, Hansen HP, Lo Scalzo A, Mossman J, et al. Patients' perspectives in health technology assessment: a route to robust evidence and fair deliberation. *Int J Technol Assess Health Care*. 2010; 26(3):334-40.
111. Hailey D, Nordwall M. Survey on the involvement of consumers in health technology assessment programs. *Int J Technol Assess Health Care*. 2006; 22(4):497-9.
112. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia [Internet]. Santiago de Compostela: Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia; [consultado 10 de agosto de 2010]; Disponible en: <http://avalia-t.sergas.es>.
113. ISI Thompson Reuters. ISI Web of Knowledge [base de datos en Internet]*. New York: ISI Thompson Reuters. 1997, [Consultado 10 diciembre 2011]. Disponible en: <http://www.accesowok.fecyt.es/>.

114. Sobrido Prieto M, Casal Acción B, Neria Ríos M. Base de datos de revisiones sistemáticas: guía de uso. HTA, DARE y NHS [Internet] 2009. [Consultado 12 diciembre 2011]. Disponible en: http://www.sergas.es/MostrarContidos_N3_T02.aspx?IdPaxina=60570&uri=/docs/Avalia-t/GuiaBDRev.pdf&hifr=1250&seccion=0.
115. Alcázar Alcázar R, Casal Acción B. Guía de uso de la National Guideline Clearinghouse [Internet]. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia; 2009. Guías de Recursos de Información: nº 2 [11 de noviembre de 2011]. Disponible en: <http://www.sergas.es/docs/Avalia-t/guia-uso-NGC/index.html>.
116. Pubmed. Bethesda: National Library of Medicine. [consultado Julio 2011]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed/>
117. Embase [Internet]. Amsterdam: Elsevier. c2011. [consultado Julio 2011]. Disponible en: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&NEWS=n&CSC=Y&PAGE=main&D=emez> -
118. Hughes BJI, W J. Health 2.0 and Medicina 2.0: Tensions and Controversies in the Field. [Revista en Internet] J Med Internet Res. 2008; 10 (3): e23. [consultado diciembre 2011]. Disponible en: <http://www.jmir.org/2008/3/e23/>.
119. REBIUN (Red de Bibliotecas Universitarias). Ciencia 2.0: aplicación de la web social a la investigación. [Internet] Madrid: REBIUN, 2011. [consultado diciembre 2011]. Disponible en: http://eprints.rclis.org/retrieve/28680/Ciencia20_rebiun_2011.pdf
120. Perleth M, Busse R. Health technology assessment in Germany. Status, challenges, and development. Int J Technol Assess Health Care. 2000;16(2):412-28.
121. Perleth M, Busse R, Schwartz FW. Regulation of health-related technologies in Germany. Health Policy. 1999;46(2):105-26.
122. Perleth M, Gibis B, Gohlen B. A short history of health technology assessment in Germany. Int J Technol Assess Health Care. 2009 ;25 Suppl 1:112-9
123. Wild C. Health technology assessment in Austria. Int J Technol Assess Health Care. 2000;16(2):303-24.

124. Wild C. Austria: history of health technology assessment during the past 20 years. *Int J Technol Assess Health Care*. 2009;25 Suppl 1:74-81.
125. Cleemput I, Kesteloot K. Health technology assessment in Belgium. *Int J Technol Assess Health Care*. 2000;16(2):325-46.
126. Cleemput I, Van Wilder P. History of health technology assessment in Belgium. *Int J Technol Assess Health Care*. 2009;25 Suppl 1:82-7.
127. kenniscentrum [Internet]. Bruselas: kenniscentrum [Consultado 15 de agosto de 201]. Disponible en: <http://www.kenniscentrum.fgov.be>
128. Jorgensen T, Hvenegaard A, Kristensen FB. Health technology assessment in Denmark. *Int J Technol Assess Health Care*. 2000;16(2):347-81.
129. Jorgensen T, Larsen LG. Basis for decisions on emerging health technology. A Danish feasibility study. *Int J Technol Assess Health Care*. 1998;14(4):624-35.
130. Sigmund H, Kristensen FB. Health technology assessment in Denmark: strategy, implementation, and developments. *Int J Technol Assess Health Care*. 2009;25 Suppl 1:94-101.
131. Granados A, Sampietro-Colom L, Asua J, Conde J, Vazquez-Albertino R. Health technology assessment in Spain. *Int J Technol Assess Health Care*. 2000;16(2):532-59.
132. Sampietro-Colom L, Asua J, Briones E, Gol J. History of health technology assessment: Spain. *Int J Technol Assess Health Care*. 2009;25 Suppl 1:163-73.
133. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (BOE núm. 128 de 29.5.2003).
134. Alcázar Alcázar R, Casal Acción B. Recursos de información: Elaboración de guías de uso. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia; 2009. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: avalia-t No. 2009/05.
135. Grupo de Elaboración y Validación de Instrumentos de Evaluación de la Calidad de los productos de Agencias/Unidades de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (GEVIEC). Instrumentos metodológicos para la evaluación de productos de las Agencias de Evaluación de Tecnologías

- Sanitarias. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Agencia Laín Entralgo; 2008. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: UETS Nº 2006/01.
136. López de Argumedo M, Reviriego E, Andrío E, Rico R, Sobradillo N, Hurtado de Saracho I. Revisión externa y validación de instrumentos metodológicos para la Lectura Crítica y la síntesis de la evidencia científica. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (Osteba); 2006. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: OSTEBA Nº 2006/02.
137. Ruano Raviña A, Velasco González M, Varela Lema L, Cerdá Mota T, Ibarгойen Roteta N, Gutiérrez Ibarluzea I, et al. Identificación, priorización y evaluación de tecnologías obsoletas. Guía metodológica. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Axencia de Avaliación de Tecnoloхías Sanitarias de Galicia; 2007. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: avalia-t Nº. 2007 / 01.
138. Varela Lema L, Ruano Raviña A, Cerdá Mota T, Blasco Amaro JA, Gutiérrez Ibarluzea I, Ibarгойen Roteta N, et al. Observación post-introducción de tecnologías sanitarias. Guía metodológica. Versión abreviada. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Axencia de Avaliación de Tecnoloхías Sanitarias de Galicia; 2007. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: avalia-t Nº. 2007 / 02.
139. Axencia de Avaliación de Tecnoloхías Sanitarias de Galicia [Internet]. Santiago de Compostela: Axencia de Avaliación de Tecnoloхías Sanitarias de Galicia. 2009 [Consultado 10 diciembre de 2011]. Glosario ETS (Español-Inglés) disponible en: <http://www.sergas.es/Avaliat/BusquedaGlosario.aspx?IdPaxina=60575>.
140. Real Decreto 432/2008, de 12 de abril, por el que se reestructuran los Departamentos Ministeriales, BOE N.90 del 14 de abril de 2008.
141. Real Decreto 1183/2008, de 11 de julio, por el que se desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Ciencia e Innovación BOE núm. 157, de 30 de junio de 2009.
142. Real Decreto 1823/2011, de 21 de diciembre, por el que se reestructuran los departamentos ministeriales. BOE núm 307 de 22 de diciembre de 2011.

143. Gagnon MP, Sanchez E, Pons JM. Integration of health technology assessment recommendations into organizational and clinical practice: A case study in Catalonia. *Int J Technol Assess Health Care*. 2006;22(2):169-76.
144. de Sola-Morales O, Granados A. Health technology assessment in Catalonia: an overview of past and future perspectives. *Int J Technol Assess Health Care*. 2009;25 Suppl 1:88-93.
145. Acord del Govern de 15 de juny de 2010 (Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, núm. 5659 de 29 de juny de 2010).
146. Real Decreto 1415/1994, de 25 de Junio, por el que se modifica parcialmente la Estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad y consumo. (BOE nº. 0153, del 28 de junio de 1994).
147. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. [Internet]. Sevilla: Agencia Andaluza de Evaluación de Tecnologías Sanitarias [Consultado 8 de marzo de 2008]. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/salud/servicios/aetsa/>.
148. Decreto 318/96, de 2 de Julio, por el que se crea la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía.
149. Decreto 128/99, de 23 de abril (DOG núm. 89 del 11 de mayo de 1999).
150. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. [Internet]. Madrid: Agencia Laín Entralgo [Consultado 25 de agosto de 2011]. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM_Actuaciones_FA&cid=1132046802845&idConsejeria=1109266187266&idListConsj=1109265444710&idOrganismo=1109266228196&language=es&pagina=ComunidadMadrid%2FEstructura&pv=1142497201090&sm=1109266100977.
151. Andradas E, Blasco JA, Valentin B, Lopez-Pedraza MJ, Gracia FJ. Defining products for a new health technology assessment agency in Madrid, Spain: a survey of decision makers. *Int J Technol Assess Health Care*. 2008;24(1):60-9.
152. Lauslahti K, Roine R, Semberg V, Kekomaki M, Konttinen M, Karp P. Health technology assessment in Finland. *Int J Technol Assess Health Care*. 2000;16(2):382-99.
153. Makela M, Roine RP. Health technology assessment in Finland. *Int J Technol Assess Health Care*. 2009 ;25 Suppl 1:102-7.

154. Ikeda S, Tomita N. Health Technology Assessment in France. *Jp J Soc Secur Policy*. 2009; 8(2): 77-87.
155. Fleurette F, Banta D. Health technology assessment in France. *Int J Technol Assess Health Care*. 2000;16(2):400-11.
156. Orvain J, Xerri B, Matillon Y. Overview of health technology assessment in France. *Int J Technol Assess Health Care*. 2004;20(1):25-34.
157. Bodeau-Livinec F, Simon E, Montagnier-Petrissans C, Joel ME, Fery-Lemonnier E. Impact of CEDIT recommendations: An example of health technology assessment in a hospital network. *Int J Technol Assess Health Care*. 2006;22(2):161-8.
158. Bos M. Health care technology in The Netherlands. *Health Policy*. 1994;30(1-3):207-55.
159. 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(1):35-43.
160. Ravensbergen J LJ. Creating a culture of research implementation: ZonMW in the Netherlands. *Creating a culture of research implementation: ZonMW in the Netherlands*. WHO. 2005: 64-6.
161. Ahern F, O'Doherty N. Health technology assessment in Ireland. *Int J Technol Assess Health Care*. 2000;16(2):449-58.
162. France G. Health technology assessment in Italy. *Int J Technol Assess Health Care*. 2000;16(2):459-74.
163. Favaretti C, Cicchetti A, Guarrera G, Marchetti M, Ricciardi W. Health technology assessment in Italy. *Int J Technol Assess Health Care*. 2009;25 Suppl 1:127-33.
164. Danguole J. Development of health technology assessment in Lithuania. *Int J Technol Assess Health Care*. 2009;25 Suppl 1:140-2.
165. Haheim LL, Morland B, Wisloff TF, Lyngstadaas A. Six years' experience with interdisciplinary review teams in health technology assessment in Norway. *Int J Technol Assess Health Care*. 2005 ;21(4):526-31.
166. Morland B. The history of health technology assessment in Norway. *Int J Technol Assess Health Care*. England2009. 2009 ;25 Suppl 1: 148-55.

167. Nizankowski R, Wilk N. From idealistic rookies to a regional leader: the history of health technology assessment in Poland. *Int J Technol Assess Health Care*. 2009;25 Suppl 1: 156-62.
168. Walley T. Health technology assessment in England: assessment and appraisal. *Med J Aust*. 2007;187(5):283-5.
169. Stevens A, Milne R. Health technology assessment in England and Wales. *Int J Technol Assess Health Care*. 2004;20(1):11-24.
170. Woolf SH, Henshall C. Health technology assessment in the United Kingdom. *Int J Technol Assess Health Care*. 2000;16(2):591-625.
171. Petticrew M, Song F, Wilson P, Wright K. Quality-assessed reviews of health care interventions and the database of abstracts of reviews of effectiveness (DARE). NHS CRD Review, Dissemination, and Information Teams. *Int J Technol Assess Health Care*. 1999;15(4):671-8.
172. Douw K, Vondeling H. Selection of new health technologies for assessment aimed at informing decision making: A survey among horizon scanning systems. *Int J Technol Assess Health Care*. 2006;22(2):177-83.
173. Britton M, Jonsson E. Impact of health technology assessments. Some experiences of SBU. *Int J Technol Assess Health Care*. 2002;18(4):824-31.
174. Jonsson E. History of health technology assessment in Sweden. *Int J Technol Assess Health Care*. England. 2009 ;25 Suppl 1:42-52
175. Carlsson P. Health technology assessment and priority setting for health policy in Sweden. *Int J Technol Assess Health Care*. 2004;20(1):44-54.
176. Cranovsky R, Schilling J, Faisst K, Koch P, Gutzwiller F, Brunner HH. Health technology assessment in Switzerland. *Int J Technol Assess Health Care*. 2000;16(2):576-90.
177. Koch P, Schilling J, Laubli M, Mitscherlich F, Melchart D, Bellucci S. Health technology assessment in Switzerland. *Int J Technol Assess Health Care*. 2009;25 Suppl 1:174-7.
178. Menon D, Topfer LA. Health technology assessment in Canada. A decade in review. *Int J Technol Assess Health Care*. 2000;16(3):896-902.

179. Battista RN, Côté B, Hodge MJ, Husereau D. Health technology assessment in Canada. *Int J Technol Assess Health Care*. 2009 ;25 Suppl 1:53-60.
180. Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé [Internet]. Quebec: Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé [Consultado 21 de febrero de 2011]. Disponible en: <http://www.aetmis.gouv.qc.ca>.
181. Eisenberg JM, Zarin D. Health technology assessment in the United States. Past, present, and future. *Int J Technol Assess Health Care*. 2002;18(2):192-8.
182. Luce B, Cohen RS. Health technology assessment in the United States. *Int J Technol Assess Health Care*. 2009;25:33-41.
183. Gomez-Dantes O, Frenk J. Health technology assessment in Mexico. *Int J Technol Assess Health Care*. 2009;25 Suppl 1:270-5.
184. Instituto Mexicano de Seguridad Social [Intenet]. México DF: Instituto Mexicano de Seguridad Social [Consultado 18 de agosto de 2011]. Disponible en: http://www.imss.gob.mx/imss/imss_sitios/dpm/informacion/tecnologia/principal.htm.
185. Rubinstein A, Pichon-Riviere A, Augustovski F. Development and implementation of health technology assessment in Argentina: two steps forward and one step back. *Int J Technol Assess Health Care*. 2009 ;25 Suppl 1:260-9.
186. Banta D, Almeida RT. The development of health technology assessment in Brazil. *Int J Technol Assess Health Care*. 2009;25(Suppl.S1):255.
187. Sivalal S. Health technology assessment in the Asia Pacific region. *Int J Technol Assess Health Care*. 2009;25:196-201.
188. Shani S, Siebzeher MI, Luxenburg O, Shemer J. Setting priorities for the adoption of health technologies on a national level- the Israeli experience. *Health Policy*. 2000;54(3):169-85.
189. Shemer J, Shani M, Tamir O, Siebzeher MI. Health technology management in Israel: HTA in action. *Int J Technol Assess Health Care*. 2009;25 Suppl 1:134-9.
190. Teerawattananon Y, Tantivess S, Yothasamut J, Kingkaew P, Chaisiri K. Historical development of health technology assessment in Thailand. *Int J Technol Assess Health Care*. 2009;25:241-52.

191. Kim CY. Health technology assessment in South Korea. *Int J Technol Assess Health Care*. 2009;25 Suppl 1:219-23.
192. Streat S, Munn S. Health economics and health technology assessment: perspectives from australia and new zealand. *Crit Care Clin*. 2012 ;28(1):125-33.
193. Jackson TJ. Health technology assessment in Australia: challenges ahead. *Med J Aust*. 2007;187(5):262-4.
194. Kearney B, Willis E. Health technology assessment in Australia: the role of AHTAC. Australian Health Technology Advisory Committee. *Australas Phys Eng Sci Med*. 1997;20(4):193-7.
195. Petherick ES, Villanueva EV, Dumville J, Bryan EJ, Dharmage S. An evaluation of methods used in health technology assessments produced for the Medical Services Advisory Committee. *Med J Aust*. 2007;187(5):289-92.
196. Hailey D. The history of health technology assessment in Australia. *Int J Technol Assess Health Care*. 2009 ;25 Suppl 1:61-7.
197. Mundy L, Merlin TL, Parrella A, Babidge WJ, Roberts DE, Hiller JE. The Australia and New Zealand horizon scanning network. *Aust Health Rev*. 2005 ;29(4):395-7.
198. E-Europe 2002: Criterios de Calidad para sitios web relacionados con la salud. [Monografía en Internet]. Bruselas: Comisión de las Comunidades Europeas, 2002 [consultado diciembre 2012]. Disponible en: <http://wma.comb.es/Upload/Documents/eEurope2002.pdf>
199. Aleixandre-Benavent R, Valderrama-Zurián JC, González-Alcaide G. El factor de impacto de las revistas científicas: limitaciones e indicadores alternativos. *El profesional de la Información*. 2007; 16(1):4-11.
200. Capdevila Domínguez A. Las Redes Sociales. Tipología, uso y consumo de las redes 2.0 en la sociedad digital actual. *Documentación de las Ciencias de la Información*. 2010; 33:45-68.
201. Campos Herrera A. La sindicación de contenidos: oportunidades y desventajas [Revista en Internet]. *Acimed* 2006;14(5). [Consultado 5 enero 2012]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/aci/vol14_5_06/aci22506.htm

202. García-Altés A. La introducción de tecnologías en los sistemas sanitarios: del dicho al hecho. *Gac Sanit.* 2004;18(5):398-405.
203. Bonfill X. *Asistencia sanitaria basada en la evidencia.* Madrid: SANED; 2000.
204. Anderson JG, Aydin CE. Evaluating the impact of health care information systems. *Int J Technol Assess Health Care.* 1997;13(2):380-93.
205. Barca Fernández I, Parejo Miguez R, Gutiérrez Martín P, Fernández Alarcón F, Alejandro Lázaro G, López de Castro F. La información al paciente y su participación en la toma de decisiones clínicas. *Aten Primaria.* 2004; 33 (7):361-4.
206. FECYT. Recomendaciones para la correcta identificación de las publicaciones científicas. Propuesta de manual de ayuda a investigadores españoles para la normalización del nombre de autores e instituciones en las publicaciones científicas. [elaborada enero 2007; consultado 15 diciembre 2011]. Disponible en: http://www.accesowok.fecyt.es/wp-content/uploads/2009/06/normalizacion_nombre_autor.pdf.
207. Pubmed Help [Base de datos en Internet]. Bethesda (MD): National Library of Medicine (US);2002- [consultado 19 de diciembre de 2011]. Publication types [aproximadamente 2 pantallas]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK3827/table/pubmedhelp.T42/?report=objectonly>.