

CONETEC

# Proceso de Priorización para Evaluación de Tecnologías Sanitarias 2020

Informe Final



Ministerio de Salud  
Argentina

## Introducción

Uno de los grandes retos de los sistemas de salud es la búsqueda de equidad, calidad de la atención y eficiencia. En este contexto, las tecnologías sanitarias desempeñan un papel esencial. Por un lado, son decisivas para la calidad de la atención y, por el otro, representan un impacto presupuestario cada vez mayor que puede amenazar la sostenibilidad de los sistemas de salud. En la última década hubo avances importantes en términos de oferta y disponibilidad: sin embargo, esta situación conlleva importantes consecuencias presupuestarias y de planificación debido a que muchas de las nuevas tecnologías son altamente costosas sin que, en muchos casos, aporten ventajas en comparación con las ya incorporadas. Por esto, la decisión contextualizada sobre su incorporación y cobertura es clave para obtener los máximos beneficios en la esfera de la salud.

A su vez, el aumento en la disponibilidad de tecnologías sanitarias no ha estado acompañado en la mayoría de los países por la formación de capacidad en cuanto a definición de prioridades, procesos institucionales para evaluación de tecnologías sanitarias (ETS) de forma comparativa y con incorporación racional y planificada de las mismas en los sistemas de salud. La ampliación del acceso a los medicamentos esenciales y otras tecnologías sanitarias es una prioridad mundial y debe considerarse dentro del contexto de la importancia del derecho a la salud, reconociendo su relevancia y su consideración en un marco de equidad en el acceso. Por lo tanto, esos procesos decisivos de ETS deberán ser transparentes, para velar por el derecho a la salud y otros derechos humanos, basados en estos principios.

La coordinación y el establecimiento de un marco institucional para las decisiones de incorporación de tecnologías, contribuyen a superar uno de los principales obstáculos identificados en el Informe sobre la Salud en el Mundo 2010 para lograr la Cobertura Universal de la Organización Mundial de la Salud, en referencia al uso ineficiente de los recursos.

Los procesos de priorización e incorporación de tecnologías sanitarias basados en la ETS, contribuyen al acceso universal por medio de:

- El mejoramiento de la calidad de la atención sanitaria;
- La evaluación de las verdaderas innovaciones terapéuticas;
- El aumento en la eficiencia de los gastos;
- La ampliación del acceso a tecnologías que sean eficaces, seguras, costo efectivas y formen parte del derecho a la salud;
- el uso racional de las tecnologías.

La generación de un vínculo colaborativo y consensuado entre los actores del sistema y los responsables de la toma de decisiones es crucial para movilizar la voluntad política necesaria, además de un marco institucional adecuado, para que los resultados de la evaluaciones sistemáticas y permanentes se tengan en cuenta en las decisiones de incorporación de las tecnologías sanitarias.

Dado el surgimiento de tecnologías que buscan ser incorporadas para el uso y cobertura por el sistema de salud es permanente y creciente, ocurriendo lo mismo con el número de solicitudes de evaluaciones a considerarse, resulta imposible (y probablemente, innecesario) disponer de recursos para cubrir todas estas demandas. Sin embargo, es absolutamente indispensable para los decisores del sistema de salud y aquellos que administran las capacidades de trabajo en la temática de evaluación de tecnologías, plantear un marco explícito tanto de valores como de priorización, de una manera transparente y accesible a la opinión pública, para informar cuáles tecnologías serán evaluadas primero y de acuerdo a qué criterios.

La Comisión Nacional de Evaluación de Tecnologías de Salud (CONETEC), creada por RM N°623/2018 ha tomado este camino de manera prudente y comprometida desde sus inicios, y ha considerado necesario en la inédita complejidad epidemiológica, social y económica de alcance global del presente año 2020, imprimir a sus procesos de priorización y evaluación un sello de convocatoria abierta, dotado de un espíritu participativo, en consenso con los actores clave y dentro de un marco dotado de la mayor transparencia posible en los procesos.

## Convocatoria abierta y ordenamiento genérico de las solicitudes

La iniciativa de la Convocatoria Abierta lanzada a mediados de Marzo 2020 se orientó a propiciar un espacio público de elevación de propuestas de tecnologías en salud pasibles de ser analizadas por la CONETEC. La misma fue dispuesta desde sus inicios al público en general, asociaciones de pacientes, instituciones prestadoras, sociedades científicas, productores de tecnologías y financiadores del sistema de salud, mediante un formulario genérico para recopilar información sistematizada siguiendo el ordenamiento PICO.

Debido al establecimiento de la pandemia COVID-19 que implicó grandes modificaciones en los esquemas laborales y las prioridades sanitarias, el plazo para presentación de propuestas se extendió hasta el 5 de Mayo 2020. Al cierre de la convocatoria se obtuvieron un total de 124 (ciento veinticuatro) presentaciones a través de la herramienta digital propuesta.

En la primera etapa de la evaluación, se revisó cada propuesta para asegurarse de que se ajuste a los objetivos de la CONETEC. Todas las propuestas que involucraron un medicamento, un dispositivo médico, una prueba de diagnóstico, o un procedimiento o programa médico o quirúrgico con impacto directo en la salud de los pacientes (ya sea beneficio o daño clínico) se consideró como candidato para entrar en la lista general. En el caso que las solicitudes no cumplieran con el formato correcto (PICO) detallando la población objetivo de la tecnología, la intervención y la comparación, se descartó la propuesta o se contactó a la persona responsable de cargar la solicitud para aclaraciones sobre el particular.

El extenso listado requirió de un proceso de ordenamiento y consolidación, para el posterior análisis de priorización. La depuración de la lista de solicitudes se efectuó a través de los siguientes pasos:

- 1) En aquellos casos donde la presentación no cumpliera con la información necesaria o la misma resultase confusa, se contactó por mail a cada solicitante. En los casos sin respuesta luego de 2 semanas de la comunicación, dichas solicitudes se eliminaron por no contar la información suficiente para realizar una priorización
- 2) Se consolidaron las presentaciones por la misma tecnología e indicación proveniente de dos o más solicitantes.
- 3) En los casos en que en una misma solicitud proponía evaluar más de una tecnología para la misma patología se consideró como una presentación por tecnología
- 4) No se consideraron como duplicados a las situaciones donde una misma tecnología se presentaba para distintos estadios de una misma enfermedad (por ej, cáncer de mama o melanoma)
- 5) Finalmente, en los casos en que en una misma solicitud se proponía evaluar la misma tecnología para más de una patología se consideró como una presentación por patología.

Luego de esta depuración de las presentaciones, quedaron 106 propuestas para realizar la priorización (listadas en el Anexo 1).

Presentaciones por plazo	# presentaciones
hasta el 10 de abril	35
luego de la prórroga	89



De acuerdo a la descripción inicial solicitada, se presentaron 4 propuestas para desinversión y 120 para inversión:

Tipo de propuesta	# presentaciones
desinversión	4
inversión	120



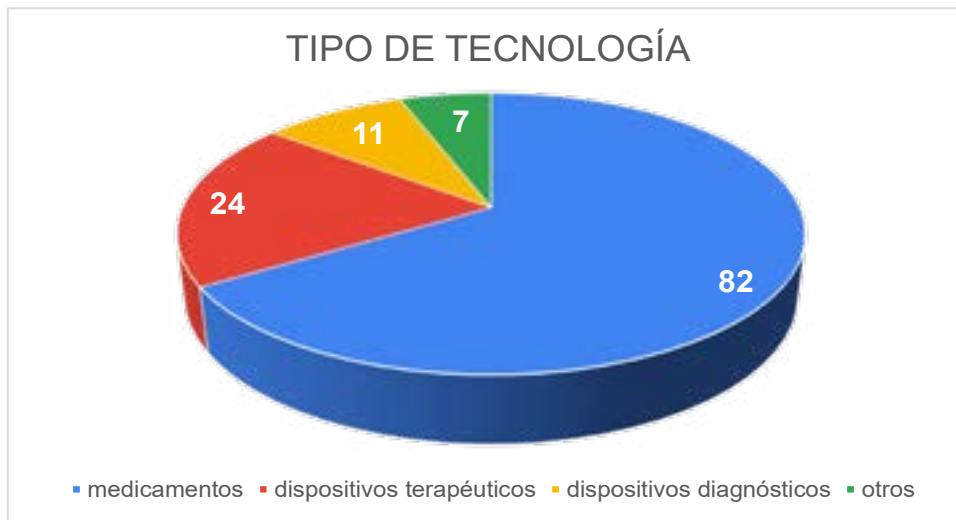
El siguiente esquema indica el origen de las presentaciones de acuerdo al solicitante:

Tipo de solicitante	# presentaciones
financiador	22
productor	74
prestador	20
sociedades científicas	1
ONG pacientes	5
otros	2



En relación a los tipos de tecnología sanitaria presentados, se detallan en el siguiente esquema:

Tipo de tecnología	# presentaciones
medicamentos	82
dispositivos terapéuticos	24
dispositivos diagnósticos	11
otros	7



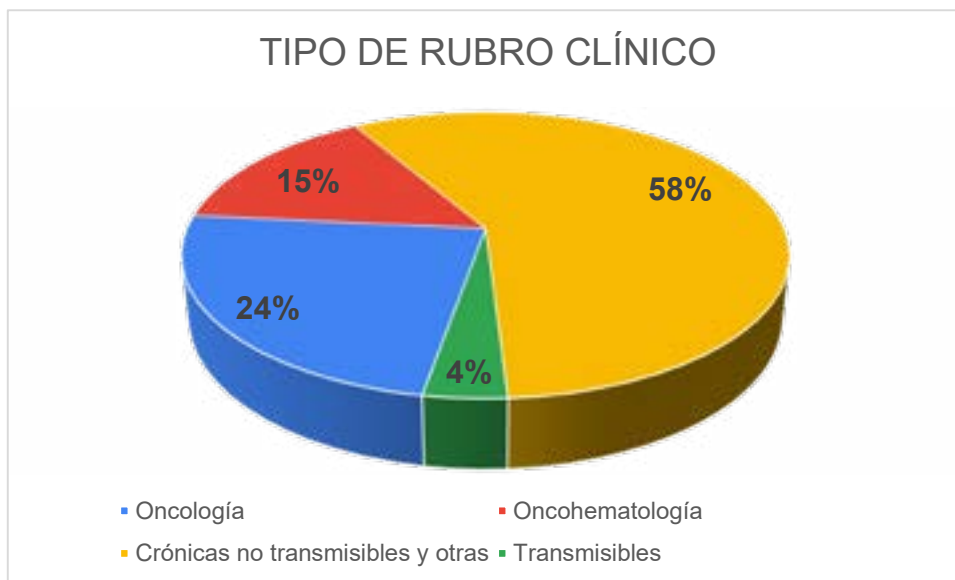
Como varias tecnologías fueron propuestas para un total de 124 indicaciones, el total final de tecnologías fue de 80 (de acuerdo al siguiente detalle):

Presentaciones por tecnología	presentaciones
tecnologías con 1 presentación	63
tecnologías con más de 1 presentación	17



Finalmente, en el siguiente gráfico se agrupan las tecnologías por grandes rubros clínicos:

Tecnología por rubro clínico	# presentaciones
Oncología	19
Oncohematología	12
Crónicas no transmisibles y otras	46
Transmisibles	3



A continuación se detallan los pasos de priorización aplicados sobre el listado definitivo de tecnologías pasibles de evaluación. Cada secuencia descrita estuvo acordada y consensuada con especialistas y referentes con experiencia técnica y política sobre los procesos de ETS pertenecientes a organismos académicos y de toma de decisiones en salud, a través de diferentes reuniones virtuales en formato grupal o individual según la disponibilidad operativa de los convocados en el contexto de la pandemia COVID-19, entre los días 12 y el 23 de Mayo de 2020. El listado completo y origen institucional de los participantes se describen en el Anexo 2).

## Selección primaria de las solicitudes

A efectos de realizar un primer paso de tamizaje general, se utilizó una herramienta de priorización articulada en los siguientes 4 (cuatro) dominios:

### Duplicación del esfuerzo:

Referido a la existencia de una evaluación previa o en curso de la tecnología propuesta, con adecuada calidad y/o proveniente de algún organismo independiente del productor de la tecnología, donde se consideren los siguientes ítems:

- una evaluación transparente y sistemática de calidad de la evidencia (ej: GRADE)
- un marco de la evidencia a la decisión estructurado, explícito y transparente considerando los valores y preferencias de los interesados en Argentina
- un análisis económico pasible de ser utilizado en el contexto de Argentina

### Impacto de la decisión de la CONETEC sobre la población objetivo de la tecnología:

Este dominio contempla dos consideraciones: por un lado se evalúa el impacto de la tecnología sobre la población a la cual está dirigida considerando el tipo de desenlace que cambia (crítico, importante, poco importante) y su magnitud, y por otro lado, la probabilidad de que la recomendación de la CONETEC impacte en la salud cambiando decisiones sanitarias (ej: decisiones de cobertura o financiamiento, implementación de programas o cambios en las vías judiciales de reclamo).

### Disponibilidad en la Argentina:

Para calificar este dominio se tuvo en cuenta si la tecnología está aprobada (o en evaluación) por la Agencia Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología (ANMAT) y si actualmente se encuentra en uso en nuestro país o si está aprobada por otras agencias regulatorias internacionales.

### Prioridad para el Ministerio de Salud de la Nación:

Se evaluó en función del potencial impacto en la equidad, la salud pública y la carga de enfermedad, en consenso con las autoridades de la Subsecretaría de Medicamentos e Información Estratégica, área específica en la actual estructura del Ministerio de Salud con enfoque a la temática de las tecnologías sanitarias y de la cual depende la CONETEC. También se consideran la posibilidad de alternativas y si el objetivo de la tecnología son las enfermedades desatendidas.

DOMINIO	DEFINICIÓN Y PONDERACIÓN	PUNTAJE	DEFINICIÓN
<b>Duplicación del esfuerzo</b>	¿Se ha realizado o existe en curso una evaluación de adecuada calidad* sobre la tecnología por algún organismo independiente?  <b>25</b>	3	No existe evaluación que pueda ser aplicable a la Argentina
		2	Existe una evaluación de baja calidad según los criterios de CONETEC
		1	Existe o está en curso una evaluación de tecnologías por otro organismo o institución de adecuada calidad pero le falta algún dominio relevante aplicable al país ( ej. un análisis de costo efectividad)
		0	Existe una ETS de adecuada calidad con análisis económico aplicable a la Argentina o ya ha sido evaluado por la CONETEC
<b>Impacto de la decisión de CONETEC sobre los resultados de salud de la población objetivo de la tecnología</b>	¿Cuán importante es la tecnología y cuál sería el impacto estimado de un informe generado por CONETEC?  <b>35</b>	3	Impacto importante en los resultados de salud de la población target
		2	Impacto moderado en los resultados de salud de la población target
		1	Impacto limitado en los resultados de salud de la población target
		0	La ETS no cambiaría los resultados de salud de la población target
<b>Disponibilidad en Argentina</b>	¿La tecnología se encuentra aprobada en nuestro país?  <b>10</b>	3	Actualmente en uso
		2	Actualmente en proceso de aprobación por la ANMAT y probablemente en uso en el próximo año
		1	Es poco probable que sea aprobada en el próximo año o solo existen casos de uso compasivo
		0	No aprobada en otras agencias regulatorias
<b>Prioridad del Ministerio de Salud</b>	La tecnología o intervención está orientada a satisfacer necesidades alineadas con prioridades sanitarias  <b>30</b>	3	Muy prioritaria para el MSAL
		2	Prioritaria para el MSAL
		1	Algo prioritaria
		0	Sin prioridad

En la propuesta de análisis, cada dominio expresa 4 (cuatro) opciones de respuesta, traducidas a un componente numérico (del 0 al 3) y generando un puntaje final mediante un ponderador. La herramienta fue validada a través de la siguiente secuencia:

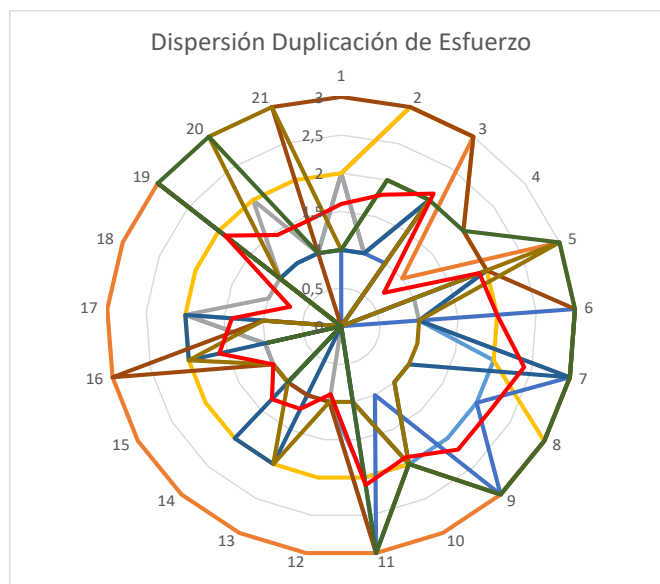
1) Los miembros de la Coordinación General de la CONETEC llevaron a cabo un modelo de votación con cegamiento sobre el listado de 106 tecnologías propuestas, adjudicando una opción cualitativa/subjectiva en referencia a la prioridad de la solicitud (ALTA / MEDIA / BAJA)

2) Se llevó a cabo un ejercicio de matching entre las valoraciones, obteniéndose una concordancia del 83%. Sobre las tecnologías donde hubo coincidencia de apreciación, se seleccionaron de manera aleatoria 6 (seis) en la categoría ALTA, 9 (nueve) en la categoría MEDIA y 6 (seis) en la categoría BAJA.

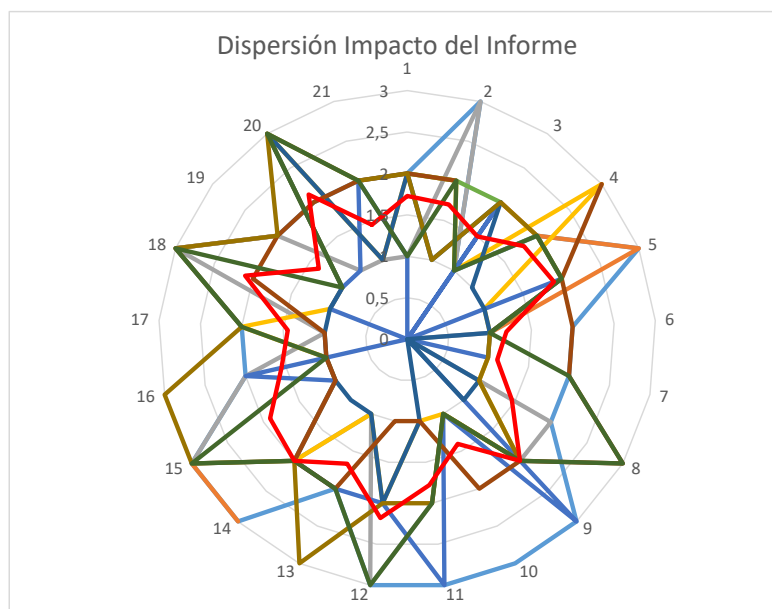
3) Se calibró la herramienta enviando vía mail el listado de estas 21 (veintiún) tecnologías seleccionadas a 11 (once) referentes especializados en ETS (ver Anexo 2. Colaboradores) para que realicen su votación de manera ciega, aplicando los primeros dos dominios de la herramienta (Duplicación de esfuerzo + Impacto del informe CONETEC).

4) Para validar la adaptación del procedimiento se aplicaron pruebas de concordancia (kappa) y consistencia interna (alfa de Cronbach). A continuación se muestran los gráficos radiales de distribución de las votaciones en cada dominio:

Duplicación de Esfuerzo (kappa 0.79 / alfa Cronbach 0.83)



Impacto del Informe (kappa 0.83 / alfa Cronbach 0.92)



Dado el resultado positivo de los tests estadísticos de validación aplicados, se distribuyeron las restantes tecnologías entre los mismos especialistas a razón de 15 (quince) a cada uno, buscando que cada opción propuesta tenga al menos la votación de 3 (tres) observadores, y obteniéndose los valores promediados de las votaciones por cada tecnología.

5) A las votaciones completas de las 106 tecnologías se le agregaron los puntajes de Aprobación ANMAT + Prioridad Ministerio de Salud a fin de completar los dominios restantes.

6) Como resultado final, las tecnologías que superaron un **puntaje ponderado agregado  $\geq 185$  puntos** se consideraron para el siguiente paso de priorización, correspondiendo a un total de 40 (cuarenta) solicitudes.



# Priorización integral

Luego de conformar el listado primario, las 40 (cuarenta) solicitudes de tecnologías a evaluar pasaron a la siguiente etapa del proceso. El mismo consistió en una evaluación específica de las tecnologías propuestas en base a los siguientes 5 (cinco) dominios:

## **Impacto clínico:**

Este dominio tiene en cuenta la relevancia del desenlace sobre el que impacta la tecnología así como la magnitud de su efecto. Las tecnologías que pueden afectar directamente desenlaces críticos (ej: mortalidad, calidad de vida) reciben mayores puntuaciones, mientras que las tecnologías que cambien otros desenlaces intermedios o de menor relevancia clínica pueden recibir una puntuación más baja. En caso que la tecnología tenga efecto sobre varios desenlaces se consideran los más relevantes. Estos datos se obtienen de revisiones sistemáticas de los estudios primarios, de otras ETS o de los estudios pivotaes donde se evaluó la eficacia y seguridad del tratamiento.

## **Impacto económico:**

Las tecnologías que tienen el potencial de generar un mayor impacto presupuestario (ya sea de costos o de ahorros) tienen un puntaje mayor. El impacto presupuestario surge de multiplicar la población estimada que podría recibir tratamiento anualmente en Argentina multiplicado por el costo anual por paciente del tratamiento. Se expresa como PBI per cápita considerando el valor de dólar oficial y el PBI per cápita del país al momento del análisis.

## **Impacto poblacional:**

Se refiere al porcentaje de la población general del país afectada por la recomendación de la ETS, es decir a que proporción de la población podría afectar la tecnología. De no contarse con datos referidos al país, se toman como referencia y adaptación la información proveniente de estudios de otros países.

## **Demanda social, judicial e interjurisdiccional:**

Se refiere al número de tomadores de decisión que enfrentan la demanda de la tecnología y que usarían las recomendaciones de la ETS para tomar decisiones (ej: distintos financiadores o subsectores, distintas provincias). Este dominio intenta evaluar el grado de demanda que existe por parte de la población de determinada tecnología cuantificando las distintas jurisdicciones y/o subsectores afectadas con demandas judiciales dentro del país.

## **Impacto en la equidad:**

Se les asigna un mayor puntaje a las tecnologías que podrían afectar la equidad (ej: acceso a la salud) tanto en sentido positivo como negativo: La valoración no se centra en el sentido del impacto, sino en la probabilidad de impactar en el mismo.

Para definir estos criterios se distribuyeron aleatoriamente las 40 tecnologías en 6 (seis) grupos colaboradores de ETS para generar los datos y evidencias solicitados en las definiciones de los dominios (Dirección de Coberturas de Alto Precio/MSAL – IMSSET – IECS – RedARETS – SSS – CUFAR ), mediante análisis rápidos de la evidencia existente a partir de revisiones sistemáticas, estudios publicados, guías de práctica, ETS de organismos o instituciones nacionales e internacionales, así como un trabajo complementario de consulta con expertos en la temática. Con el resultado de esa información se ajustaron ponderadores y se generó el ranking final.

DOMINIO	DEFINICIÓN Y PONDERACIÓN	PUNTAJE	DEFINICIÓN
<b>Impacto clínico</b>	Impacto potencial de la tecnología en desenlaces importantes para el paciente (beneficio o daño)  <b>30</b>	3	Alto
		2	Moderado
		1	Mínimo
		0	Sin impacto
<b>Impacto económico</b>	Impacto presupuestario de adoptar la tecnología (ahorros o gastos)  <b>25</b>	3	>5000 PIB/cápita
		2	1000 - 5000 PIB/cápita
		1	500 - 1000 PIB/cápita
		0	< 500 PIB/cápita
<b>Impacto poblacional</b>	Qué porcentaje de la población se vería afectada por las recomendaciones de la ETS  <b>15</b>	3	Afecta al 5% o más
		2	Afecta del 1% al <5%
		1	Afecta de 0.05% a <1%
		0	Afecta <0.05%
<b>Demanda Social, judicial e interjurisdiccional</b>	Existen pedidos en distintas jurisdicciones o financiadores que deben enfrentar una decisión con respecto a la tecnología que les podría ser de utilidad la ETS  <b>15</b>	3	Alta demanda ( $\geq 7$ jurisdicciones o financiadores afectados)
		2	Moderada demanda (5 o 6 jurisdicciones)
		1	Baja (2 a 4 jurisdicciones)
		0	Escasa demanda o pedidos aislados en una jurisdicción o financiador
<b>Equidad</b>	La tecnología tiene el potencial de introducir, aumentar o disminuir la equidad en la salud  <b>15</b>	3	Gran potencial para afectar la equidad en el estado de salud
		2	Potencial moderado para afectar la equidad en el estado de salud
		1	Potencial menor para afectar la equidad en el estado de salud
		0	No afectará la equidad

Los resultados consolidados de la votación y la ponderación final se enviaron a los grupos participantes para un consenso final (específicamente relacionados al origen y relevancia de la evidencia o los componentes relacionados al impacto entre subsectores y/o jurisdicciones).

## Consenso final de priorización

El listado elaborado con su ranking se sometió al análisis de la Mesa de Priorización para llegar al consenso final sobre las tecnologías a ser evaluadas. La misma se integró con 10 (diez) representantes, de acuerdo a la siguiente descripción:

- 1 (un) representante por la Coordinación CONETEC
- 1 (un) representante por la Dirección Nacional de Medicamentos
- 6 (seis) representantes de financiadores (uno por cada uno de los siguientes organismos: PAMI, SSS, COFESA, COSSPRA, EMP, OSN)
- 2 (dos) representantes de pacientes.

Esta instancia tuvo como funciones evaluar la convocatoria de tecnologías propuestas, y elaborar y consensuar la tabla de tecnologías priorizadas resultante, de acuerdo a la disponibilidad operativa de los Grupos de Trabajo, consistente en la realización de 8 (ocho) evaluaciones de tecnologías. A continuación se muestran las primeras 8 tecnologías priorizadas:

POBLACIÓN	INTERVENCIÓN
Ca de pulmón de células no pequeñas	Nivolumab
Pacientes FA (riesgo ACV isquémico y embolismo)	Rivaroxaban
Ca de mama precoz HER2 (+)	Trastuzumab
Ca de células de Merkel	Avelumab
Diabetes Tipo 1 con variabilidad glucémica y/o hipoglucemias frecuentes	Infusor continuo de insulina con monitoreo glucémico
Melanoma (irresecable o metastásico)	Pembrolizumab
Ca de pulmón de células no pequeñas	Durvalumab
Melanoma resecado	Trametinib + Dabrafenib

Se presentó este listado en una primera reunión virtual con la Mesa de Priorización, explicando a todos los convocados el proceso de evaluación y votación final restante.

- Cada representante podía sugerir hasta 2 (dos) modificaciones en el listado de las primeras 8 (ocho) tecnologías (25%).
- De postularse una nueva tecnología a "entrar" en el listado, debía indicarse también cuál tecnología "sale" del mismo.
- Para realizar el proceso se les facilitó el listado completo de 40 (cuarenta) tecnologías que pasaron a la Priorización Integral, no existiendo posibilidad de incorporar otras tecnologías fuera de ese listado.

Los convocados enviaron sus sugerencias proponiendo el nuevo orden de priorización. Se recibieron propuestas de los sectores convocados.

- De las 10 propuestas enviadas, 9 tuvieron sugerencias de cambios y 1 no propuso modificaciones al listado.
- Entre las que propusieron cambios, 8 propusieron 2 para subir y 2 para bajar (y la restante se limitó a una sola opción para subir y una para bajar).
- De acuerdo a la sumatoria simple (17 votos) de las tecnologías propuestas para subir al listado priorizado y aquellas que deberían bajarse del mismo, surgió el siguiente resultado:

Propuesta para subir	votos
Test VPH	5
Venetoclax en LMA	3
Apixaban en FANV	2
Formoterol en asma	2
Ustekinumab	2
Apalutamida	1
Dapaglifozina	1
Nivolumab en melanoma irreseccable	1

Propuesta para bajar	votos
Avelumab para Merkel	6
Durvalumab Ca pulmón	5
Rivaroxaban	3
Infusor continuo de insulina	2
Trastuzumab en Ca mama MTS	1

El resultado obtenido se expuso en una segunda y última reunión de la Mesa de Priorización realizada el 24 de Julio de 2020, siendo consolidadas y discutidas las modificaciones propuestas, y quedando establecido el consenso final de priorización para las primeras 8 (ocho) tecnologías de acuerdo al siguiente listado (en orden alfabético):

#### Listado definitivo de tecnologías a evaluar por la CONETEC en 2020

POBLACIÓN	INTERVENCIÓN
Ca de pulmón de células no pequeñas	Nivolumab
Pacientes FA (riesgo ACV isquémico y embolismo)	Rivaroxaban
Ca de mama precoz HER2 (+)	Trastuzumab
Mujeres de 30 a 64 años	Test de VPH en tamizaje de Ca cervical c/3-5 años (sistema COBAS®)
Diabetes Tipo 1 con variabilidad glucémica y/o hipoglucemias frecuentes	Infusor continuo de insulina con monitoreo glucémico
Melanoma (irreseccable o metastásico)	Pembrolizumab
Leucemia Mieloide Aguda	Venetoclax
Melanoma reseccado	Trametinib + Dabrafenib

En relación a las tecnologías que no ingresaron al presente listado, se establecieron 3 (tres) categorías para su tratamiento especial a partir del dictamen de la Mesa de Priorización:

- 1) Tecnologías propuestas que estaban en el listado inicial y fueron excluidas del mismo por la Mesa de Priorización
- 2) Tecnologías que sumaron votos para ser incluidas por la Mesa de Priorización pero no alcanzaron consenso final:
- 3) El resto de las tecnologías del listado fuera de estas categorías previas.

Las categorías 1 y 2 se encuentran en el siguiente listado:

<b>POBLACIÓN</b>	<b>INTERVENCIÓN</b>
Fibrilación auricular no valvular	Apixaban
Asma	Fluticasona/Formoterol
Enfermedad de Crohn	Ustekinumab
Ca de próstata CPNM-RC	Apalutamida
Diabetes Tipo 2	Dapaglifozina
Melanoma irresecable	Nivolumab
Ca de células de Merkel	Avelumab
Ca de pulmón de células no pequeñas	Durvalumab

Estas tecnologías podrán pasar a alguno de los siguientes procesos:

- Serán seleccionados para un informe de respuesta rápida de acuerdo a disponibilidad de los Grupos de Trabajo.
- Se referirán al informe realizado por otra entidad independiente cuya calidad y contenidos se consideren relevantes.
- Serán evaluados en la nueva convocatoria el próximo año.

Las tecnologías de la categoría 3 serán reincorporadas nuevamente al proceso de priorización para el año 2021.

## Anexo 1:

### LISTADO DEFINITIVO DE TECNOLOGÍAS PROPUESTAS PARA PRIORIZACIÓN (presentaciones por orden alfabético de la patología)

Población, patología o condición	Tecnología propuesta
ACV	Trombectomía mecánica
Adenocarcinoma de la union gastroesofáfica	Pembrolizumab
Arritmias sintomáticas	Ablación con criobalón
Artritis psoriásica	Abatacept
Artritis reumatoidea	Abatacept
Artritis reumatoidea	Baricitinib
Artritis reumatoidea	Upadacitinib
Asma	Fluticasona + Formoterol
Asma grave eosinofílica no controlada mayor de 18 años	Benralizumab
Cáncer cervical recurrente o metastásico PD-L1 +	Pembrolizumab
Cáncer Colorrectal	Nivolumab
Cáncer de células escamosas de cabeza y cuello	Nivolumab
Cáncer de células renales	Nivolumab
Cáncer de mama avanzado	Ribociclib
Cáncer de mama metastásico	Abemaciclib
Cáncer de mama precoz HER2 positivo.	Trastuzumab
Cáncer de próstata no metastásico, resistente a la castración (CPNM-RC)	Apalutamida
Cáncer de pulmón a células no pequeñas (CPCNP) localmente avanzado o metastásico con mutación positiva del receptor del factor de crecimiento epidérmico EGFR	Osimertinib
Cáncer de pulmón de células no pequeñas	Nivolumab
Cáncer de pulmón de células no pequeñas	Durvalumab
Cáncer gástrico con PD-L1 +	Pembrolizumab
Cánceres ligados a la inestabilidad microsatelital: pacientes con tumores sólidos ligados a MSI-H o deficientes en la reparación de bases no apareadas (Dmmr), independientemente de la histología del tumor.	Pembrolizumab
Carcinoma de células de Merkel	Avelumab
Carcinoma de células renales	Nivolumab + Ipilimumab
Carcinoma Hepatocelular	Nivolumab
Carcinoma Hepatocelular	Regorafenib
Carcinoma urotelial	Nivolumab
Colitis ulcerosa activa	Ustekinumab
Convulsiones en el síndrome de Lennox-Gastaut	Rufinamida
Dermatitis atópica severa	Dupilumab
Diabetes (en general)	Freestyle
Diabetes	Sistema POCT para la medición de hemoglobina glicosilada (hba1c), perfil lipídico, razón albumina-creatinina (ACR) e Proteína C Reactiva (PCR).
Diabetes mellitus (Adultos mayores)	Freestyle

Diabetes tipo 1	Infusor continuo de insulina con monitoreo glucémico incorporado y predicción de hipoglucemia
Diabetes tipo 2	Dapaglifozina / Dapaglifozina + Merformina
Diabetes tipo 2	Dulaglutida
Dislipemia mixta que ha sufrido un evento cardiovascular	Evolocumab
Dolor crónico	Buprenorfina
Dolor oncológico moderado a severo	Oxicodona semisintética
Edema macular diabético	Ozurdex® Dexametasona 0,7 mg/dosis Implante biodegradable para inyección oftálmica intravítrea.
Edema Macular Diabético	Aflibercept
Embarazos con sospecha clínica de PreEclampsia	Inmunoensayos sflt-1 y plgf a la práctica habitual para la predicción de PE a partir del 2 trimestre del embarazo
Enfermedad arterial coronaria o periférica	Rivaroxaban
Enfermedad de Crohn	Ustekinumab
Esclerosis lateral amiotrófica	Edaravone
Esclerosis múltiple	Cladribina
Esclerosis múltiple	Ocrelizumab
Esquizofrenia	Paliperidona
Fibrilación auricular	Rivaroxaban
Fibrilación auricular no valvular	Apixaban
Fibrilación auricular sintomática persistente refractaria	Ablación con criobalón
Fibrosis Pulmonar idiopática	Nintedanib
Fracturas de compresión vertebral.	Cifoplastia
Hipertensión pulmonar	Selexipag
Incontinencia fecal	Neuromodulación sacra
Incontinencia dual (urinaria+fecal).	Neuromodulación sacra con InterStim
Incontinencia urinaria	Neuroestimulación sacra con electrodo implantable
Insuficiencia cardíaca	Péptidos natriuréticos (BNP/NT proBNP) para el soporte en el diagnóstico clínico de insuficiencia cardíaca
Leucemia linfocítica aguda precursor B, con enfermedad mínima residual positiva ( $\geq 0,1\%$ ), en primera o segunda remisión completa	Blinatumomab
Leucemia linfocítica crónica (LLC) o con linfoma linfocítico pequeño (LLP), que han recibido al menos una terapia previa	Venetoclax
Leucemia mieloide aguda	Venetoclax en combinación con un agente hipometilante (azacitidina o decitabina) o en combinación con dosis bajas de citarabina
Leucemia mieloide aguda (con mutación en el gen FLT3)	Midostaurina
Leucemia mieloide crónica	Dasatinib
Linfoma B mediastínico de células grandes primarias refractario	Pembrolizumab
Linfoma de células del manto que han recibido por lo menos una terapia previa	Acalabrutinib
Linfoma de Hodgkin	Nivolumab

Linfoma de Hodgkin clásico refractario	Pembrolizumab
Linfoma folicular recaído a terapia con Rituximab	Obinutuzumab+ Bendamustina
Melanoma (irreseccable o metastásico)	Nivolumab
Melanoma	Ipilimumab
Melanoma (irreseccable o metastásico)	Pembrolizumab
Melanoma reseccado	Nivolumab
Melanoma reseccado	Pembrolizumab
Melanoma reseccado	Trametinib + Dabrafenib
Mieloma múltiple	Daratumumab
Mieloma múltiple	Elotuzumab
Mujeres de 30 a 64 años	Test de VPH cada 3-5 años para el tamizaje primario de mujeres para prevenir el cáncer cervical con sistema COBAS®
Oclusiones intra stent (arteria femoral superficial)	Trombectomía mecánica rotacional de 1.000 revoluciones por segundo
Pacientes anticoagulados con dicumarínicos	Determinación del Tiempo de Protrombina (PT) y Rango Internacional Normalizado (RIN) con dispositivos POC (point of care)
Pacientes con cáncer de mama, estadio temprano con ganglios linfáticos axilares negativos	Plataformas genómicas para determinar recurrencia de cáncer de mama
Pacientes con COVID19 que necesiten ARM	Adaptador para modificar el funcionamiento de los respiradores artificiales (pacientes simultáneos)
Pacientes con fibrilación auricular no valvular y CHA2DS2 VASc de 2 o más (contraindicación a la anticoagulación oral o motivo racional clínico para buscar una terapia alternativa)	Cierre percutáneo de la orejuela auricular izquierda con dispositivo ocluser
Pacientes con sospecha de cáncer de pulmón	Foundation one Liquid®
Pacientes con taquiarritmia ventricular potencialmente mortal	Cardiodesfibrilador enteramente subcutáneo implantable
Pacientes que reciben quimioterapia	Netupitant/palonosetrón
Personas con diabetes insulinizados y/o con hipoglucemiantes orales.	Roche diabetes care platform (RDCP)
Personas sanas en atención primaria	Cholestech LDX: Medición del perfil lipídico completo con glucosa en 5 minutos
Procedimientos quirúrgicos	Sutura quirúrgica absorbible recubierta con triclosán.
Psoriasis	Risankizumab
Raquitismo hipofosfatémico familiar ligado a cromosoma X	Burosumab
Retención urinaria no obstructiva	Neuromodulación sacra
Personas con secuelas de ACV	Telerehabilitación
Toda la población	Láminas antimicrobiales para evitar la propagación y contagio de enfermedades mediante virus o bacterias.
Trastornos del vaciado vesical (retención urinaria no obstructiva)	Neuromodulación sacra con InterStim
Trombocitopenia Inmune Idiopática crónica	Eltrombopag
Trombosis Venosa profunda (tracto iliofemoral y cava)	Trombectomía mecánica rotacional
Trombosis venosa profunda o embolismo pulmonar	Rivaroxaban
Vejiga hiperactiva	Neuroestimulación sacra
VIH	Evotaz



## Anexo 2:

### LISTADO DE COLABORADORES E INSTITUCIONES PARTICIPANTES DEL PROCESO

- Christian Dorati (CUFAR)
- Perla Murdojovich (CUFAR)
- Gustavo Marín (ANMAT)
- Santiago Hasdeu (RedARETS)
- Guadalupe Montero (RedARETS)
- Jorgelina Álvarez (RedARETS)
- Esteban Lifschitz (IMSSET)
- Andrés Pichón Riviere (IECS)
- Andrea Alcaraz (IECS)
- Alejandro Regueiro (Medicus)
- Juan Pablo Denamiel (SSS)
- Sonia Tarragona (SSMeIE-MSAL)
- Manuel Donato (DNM-MSAL)
- Carlos González Malla (DNM-MSAL)
- Santiago Torales (Coordinación CONETEC)

**Argentina unida**



Ministerio de Salud  
**Argentina**