



Agencia Provincial de Evaluación de Tecnologías Sanitarias

Priorización para Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias

SEPTIEMBRE 2026



Santa Fe
PROVINCIA

Ministerio
de Salud

Priorización para Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias

Septiembre 2026

Introducción

Existe un crecimiento permanente de tecnologías que buscan ser incorporadas para el uso y cobertura por el sistema de salud, lo que se traduce en un número también creciente de solicitudes de evaluaciones a considerarse, ante lo cual resulta imposible disponer de recursos suficientes para cubrir todas estas demandas.

Ante este panorama, los decisores del sistema de salud y aquellos que administran las capacidades de trabajo en la temática de evaluación de tecnologías, deben plantear un marco explícito tanto de valores de evaluación como de priorización, para informar de manera transparente y accesible a la opinión pública y los interesados en la temática sobre cuáles tecnologías serán evaluadas primero y de acuerdo a qué criterios.

A fin de mejorar las condiciones relacionadas con la inversión en salud, mejorar el acceso y la calidad de los servicios, y mantener o promover la equidad, es indispensable contar con estos mecanismos de priorización explícita de evaluación de tecnologías como política sanitaria pública. Por otra parte, 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 las voluntades políticas necesarias, dentro de un marco institucional adecuado, para que los resultados se traduzcan en normativas con la suficiente validación social.

En este contexto, se propuso un proceso explícito de priorización llevado a cabo por la Agencia Provincial de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (APETS) del Ministerio de Salud de la provincia de Santa Fe, con asistencia y consenso facilitado por su equipo de asesores expertos en la temática.

Se definió que el número de tecnologías a evaluar se determinaría de acuerdo con la capacidad operativa (cantidad de personas y tiempo estimado para la realización de cada documento) que dispongan la APETS en sus equipos técnicos.

Entre los criterios consultados para la elaboración de esta propuesta se citan los utilizados por agencias de evaluación de tecnologías internacionales como CADTH (Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health) de Canadá y del IQWiG (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen) de Alemania, así como el proceso de CONETEC (Comisión Nacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Excelencia Clínica) de Argentina, así como otros aportes surgidos por el trabajo de revisión del equipo asesor de la APETS.

Se convocó a tres organismos relevantes del sistema de salud de la provincia para generar los listados de posibles tecnologías e indicaciones a ser evaluadas, a sugerencia de las autoridades sanitarias de las mismas:

- Instituto Autárquico Provincial de Obras Sociales (IAPOS)
- Agencia de Control del Cáncer (ACC)
- Comisión de Medicamentos (MSP)

Sus representantes completaron un formulario Google Forms® con las instrucciones para cargar las solicitudes de potenciales tecnologías a ser evaluadas.

Al término de los pasos descriptos en el proceso, el listado obtenido fue ordenado para un acuerdo final de priorización a discutirse en el denominado Grupo de Priorización, compuesto por el Consejo Consultivo de APETS, donde se definieron las 8 tecnologías a ser evaluadas en un lapso de 3 meses para completar los informes del presente proceso de priorización provincial (el siguiente proceso se convocará en Febrero 2027).

Convocatoria y ordenamiento genérico de las solicitudes

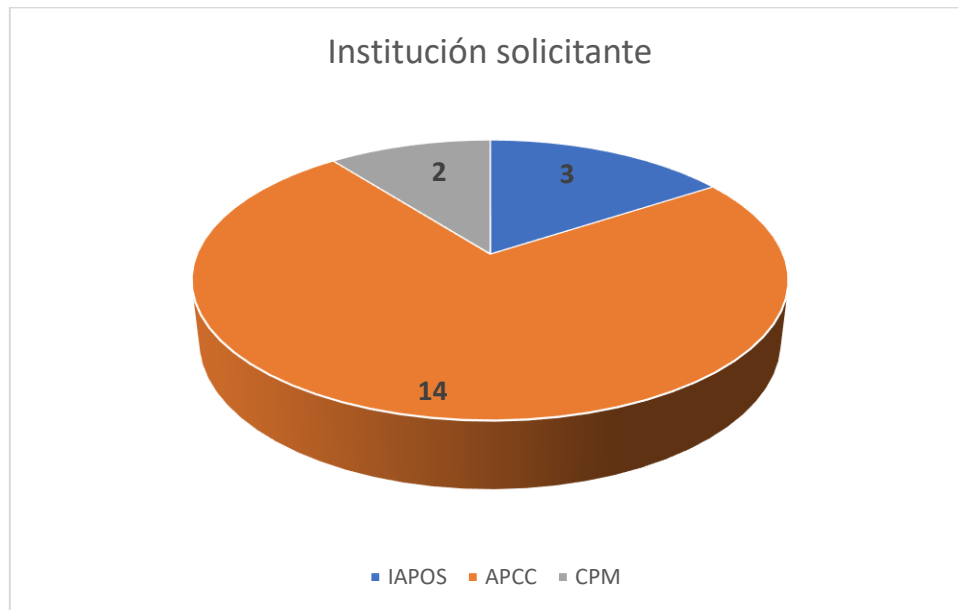
Todas las propuestas que involucraron un medicamento, un dispositivo médico, una prueba de diagnóstico, o un procedimiento o programa médico o quirúrgico con impacto directo en la salud de los pacientes (ya sea beneficio o daño clínico) por las instituciones citadas se consideran para entrar en la lista general. El 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 cada 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.

De acuerdo a la descripción inicial solicitada, y sumando las tecnologías remanentes del proceso de priorización previo (Febrero 2026) se consolidó un listado final de 19 (diecinueve) propuestas de evaluación:

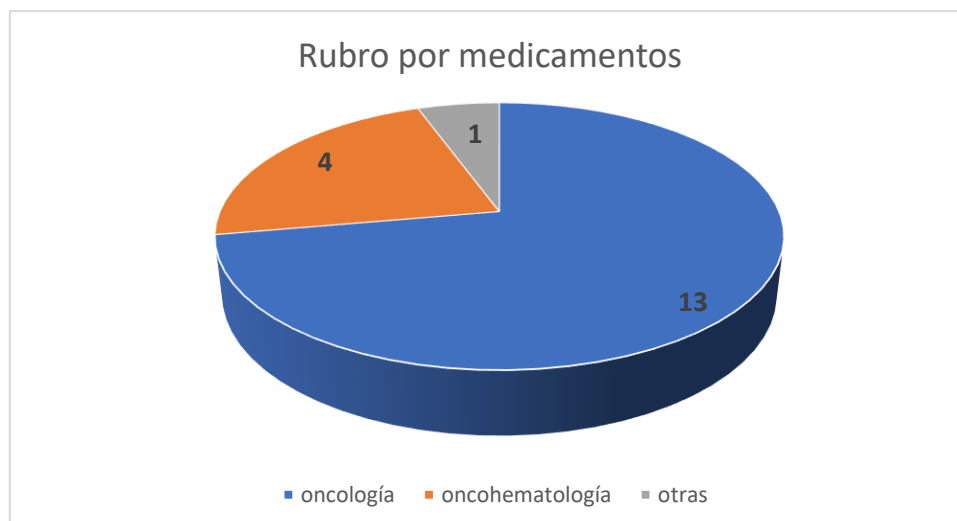
El siguiente esquema indica el origen de las presentaciones de acuerdo al solicitante:



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



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



Pasos de la priorización

Se detallan los pasos de priorización aplicados sobre el listado definitivo de tecnologías pasibles de evaluación. La ejecución de la selección primaria y la selección integral estuvo a cargo de los asesores de la APETS a partir de los pasos descriptos en el proceso de priorización propuesto:

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 potencial del informe 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; por otro lado, la probabilidad de que los resultados del informe impacten 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 Provincia de Santa Fe:

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 y Tecnología del Ministerio de Salud de la provincia, de la cual depende la DPCyES. También se consideran la posibilidad de alternativas y si el objetivo de la tecnología son las enfermedades desatendidas.

Criterio	Definición y ponderación	Puntaje	Definición
Duplicación del esfuerzo	¿Se ha realizado o existe en curso una evaluación de adecuada calidad sobre la tecnología por algún organismo independiente? Peso relativo: 25%	3	No existe evaluación que pueda ser aplicable a la Argentina
		2	Existe una evaluación de baja calidad según los criterios de la DPCyES
		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
Impacto potencial del informe sobre los resultados de salud de la población objetivo de la tecnología	¿Cuán importante es la tecnología y cuál sería el impacto estimado de un informe generado? Peso relativo: 35%	3	Impacto importante en los resultados de salud de la población objetivo
		2	Impacto moderado en los resultados de salud de la población objetivo
		1	Impacto limitado en los resultados de salud de la población objetivo
		0	La ETS no cambiaría los resultados de salud de la población objetivo
Disponibilidad en Argentina	¿La tecnología se encuentra aprobada en nuestro país? Peso relativo: 10%	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

Prioridad del Ministerio de Salud Provincial	La tecnología o intervención está orientada a satisfacer necesidades alineadas con prioridades sanitarias Peso relativo: 30	3	Muy prioritaria para el MSP
		2	Prioritaria para el MSP
		1	Algo prioritaria para el MSP
		0	Sin prioridad para el MSP

Priorización integral

Este paso consistió en una evaluación específica de las tecnologías propuestas en base a los siguientes 4 (cuatro) 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 pivotales 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 la provincia de Santa Fe 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 a la provincia o el 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). Este dominio intenta evaluar el grado de demanda que existe por parte de la población de determinada tecnología cuantificando las demandas judiciales existentes.

Criterio	Definición y ponderación	Puntaje	Definición
Impacto clínico	Impacto potencial de la tecnología en desenlaces importantes para el paciente (beneficio o daño) Peso relativo: 40%	3	Alto
		2	Moderado
		1	Mínimo
		0	Sin impacto
Impacto económico	Impacto presupuestario de adoptar la tecnología (ahorros o gastos) Peso relativo: 35%	3	>5000 PIB per capita
		2	1000 - 5000 PIB per capita
		1	500 - 1000 PIB per capita
		0	< 500 PIB per capita
Impacto poblacional	Qué porcentaje de la población se vería afectada por las recomendaciones de la ETS Peso relativo: 15%	3	Afecta al 5% o más
		2	Afecta del 1% al <5%
		1	Afecta de 0.05% a <1%
		0	Afecta <0.05%
Demanda Social, judicial e interjurisdiccional	Existen pedidos en financiadores que deben enfrentar una decisión con respecto a la tecnología Peso relativo: 10%	3	Alta demanda (hay más de 1 RRAA)
		2	Moderada demanda (1 RRAA)
		1	Baja (conflictividad con prestadores)
		0	Escasa demanda o pedidos aislados

Consenso final de priorización

El listado elaborado con su ranking se sometió al análisis Consejo Consultivo de APETS con aportes del Equipo de Asesores técnicos para llegar al consenso final sobre las tecnologías a ser evaluadas.

Esta instancia tuvo como funciones evaluar la convocatoria de tecnologías propuestas, y elaborar la tabla de tecnologías priorizadas resultante, de acuerdo a la disponibilidad operativa de los Asesores Técnicos de la APETS (**8 evaluaciones rápidas de tecnologías para el trimestre final del año 2023**).

Orden	POBLACIÓN	INTERVENCIÓN	COMPARADOR
1	Carcinoma hepatocelular (CHC) no resecable o avanzado, que no han recibido tratamiento sistémico previo.	ATEZOLIZUMAB + BEVACIZUMAB	Sorafenib (SG, SLP, calidad de vida)
2	Ca Mama temprano de alto riesgo, HER2 (-) (ya sea triple negativo o con receptores hormonales +) BRCA1 o BRCA2 tras tratamiento QX + QMT neoadyuvante o adyuvante.	OLAPARIB ADYUVANTE	Terapia endocrina (con o sin inhibidores de CDK4/6 como abemaciclib) en tumores con receptores hormonales positivos; o capecitabina adyuvante (en tumores triple negativo con enfermedad residual post-QMT neoadyuvante); o control evolutivo.
3	Carcinoma renal de células claras (CRCC) avanzado o metastásico con progresión tras un anti-PD-1/PD-L1 y TKI-VEGF	BELZUTIFAN	Monoterapia con el inhibidor de mTOR everolimus o a la secuenciación de inhibidores multiquinásicos de tirosina quinasa no utilizados en líneas previas (como cabozantinib, axitinib o lenvatinib).
4	Pacientes adultos y pediátricos con Leucemia Mieloide Aguda variante M3 o Leucemia Promielocítica con primera línea	TRIÓXIDO DE ARSENICO	Ácido transretinoico asociado a Citarabina y Antraciclinicos como la Idarrubicina.
5	Melanoma metastásico o irresecable con mutación BRAF V600E o V600K confirmada.	DABRAFENIB	Quimioterapia o inmunoterapia sola en pacientes no candidatos a combinación.
6	Melanoma metastásico o irresecable con mutación BRAF V600, en combinación con dabrafenib.	TRAMETINIB + DABRAFENIB	Dabrafenib en monoterapia o inmunoterapia.
7	Cáncer de próstata metastásico resistente a castración (mCRPC) o no metastásico de alto riesgo.	ANTIANDRÓGENOS 2A GENERACIÓN	Abiraterona, bicalutamida, quimioterapia.
8	Cancer de mama HER 2 low	TRASTUZUMAB DERUXTECAN	Trastuzumab emtansina (T-DM1)