

# Solicitud de Evaluación de Tecnologías Sanitarias- SECCIÓN I

1. Dirección de correo electrónico \*

\_\_\_\_\_

## SECCIÓN I -Datos Generales del Solicitante

---

2. Razón Social

\_\_\_\_\_

3. Número de CUIT / CUIL

Agregar número sin guiones ej 20264589923

\_\_\_\_\_

4. Presidente o Responsable Legal de la Razón Social

\_\_\_\_\_

5. Director /Responsable médico de la Razón Social

(si correspondiera)

\_\_\_\_\_

6. Domicilio legal de la Razón Social

\_\_\_\_\_

7. Teléfono de la Razón Social

Agregar número telefónico sin guiones y con código de área

\_\_\_\_\_

8. Correo electrónico de la Razón Social

\_\_\_\_\_

9. Personas de contacto para solicitar información adicional de la tecnología presentada  
(Nombre y Apellido)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

10. **Correo electrónico de las personas de contacto para solicitar información adicional de la tecnología presentada**
- \_\_\_\_\_

## **Habilitaciones de la Razón Social**

Habilitación de infraestructura

11. **Jurisdicción de la habilitación de la Razón Social correspondiente**

*Marca solo un óvalo.*

Nacional

Provincial

Municipal

Otros: \_\_\_\_\_

## **Datos de la habilitación de la Razón Social**

---

12. **Nº de la habilitación de la Razón Social**
- \_\_\_\_\_

13. **Fecha de habilitación de la Razón Social**

*Ejemplo: 15 de diciembre de 2012*

\_\_\_\_\_

14. **Adjuntar certificado de habilitación**

Archivos enviados:

# Solicitud de Evaluación de Tecnologías Sanitarias - SECCIÓN II

\*Obligatorio

1. Dirección de correo electrónico \*

.....

2. Código de solicitud de ingreso \*

Código de solicitud que le fue entregado en la  
Superintendencia de Servicios de Salud en el  
momento de presentación de la Carta de  
Solicitud de Evaluación de una Tecnología.

.....

## SECCIÓN II - Especificaciones de la solicitud de la tecnología sanitaria

---

3. Número de CUIT / CUIL \*

Agregar número sin guiones ej: 20264589923

.....

4. Indique el motivo de la solicitud \*

Marca solo un óvalo.

- Evaluación de una nueva tecnología *Pasa a la pregunta 4.*
- Eliminación de una tecnología anteriormente autorizada *Pasa a la pregunta 5.*
- Evaluación de una nueva indicación a una tecnología anteriormente autorizada *Pasa a la pregunta 6.*
- Eliminación de una indicación a una tecnología anteriormente autorizada *Pasa a la pregunta 7.*

### Tipo de Tecnología

5. Indique que tipo de tecnología presenta \*

Marca solo un óvalo.

- Medicamento *Pasa a la pregunta 17.*
- Producto Médico *Pasa a la pregunta 8.*

### Tipo de Tecnología

6. Indique que tipo de tecnología presenta \*

Marca solo un óvalo.

- Medicamento *Pasa a la pregunta 37.*
- Producto Médico *Pasa a la pregunta 10.*

## Tipo de Tecnología

### 7. Indique que tipo de tecnología presenta \*

Marca solo un óvalo.

- Medicamento *Pasa a la pregunta 12.*  
 Producto Médico *Pasa a la pregunta 9.*

## Tipo de Tecnología

### 8. Indique que tipo de tecnología presenta \*

Marca solo un óvalo.

- Medicamento *Pasa a la pregunta 40.*  
 Producto Médico *Pasa a la pregunta 11.*

## Producto Médico

### 9. Clasificación del Producto Médico \*

Marca solo un óvalo.

- Producto médico terapéutico *Pasa a la pregunta 22.*  
 Producto médico diagnóstico in vivo *Pasa a la pregunta 22.*  
 Producto médico diagnóstico in vitro *Pasa a la pregunta 22.*

## Producto Médico

### 10. Clasificación del Producto Médico \*

Marca solo un óvalo.

- Producto médico terapéutico *Pasa a la pregunta 28.*  
 Producto médico diagnóstico in vivo *Pasa a la pregunta 28.*  
 Producto médico diagnóstico in vitro *Pasa a la pregunta 28.*

## Producto Médico

### 11. Clasificación del Producto Médico \*

Marca solo un óvalo.

- Producto médico terapéutico *Pasa a la pregunta 34.*  
 Producto médico diagnóstico in vivo *Pasa a la pregunta 34.*  
 Producto médico diagnóstico in vitro *Pasa a la pregunta 34.*

*Pasa a la pregunta 34.*

## Producto Médico

**12. Clasificación del Producto Médico \***

Marca solo un óvalo.

- Producto médico terapéutico *Pasa a la pregunta 43.*
- Producto médico diagnóstico in vivo *Pasa a la pregunta 43.*
- Producto médico diagnóstico in vitro *Pasa a la pregunta 43.*

**Especificaciones del Medicamento**

**13. Droga**

\_\_\_\_\_

**14. La droga a ser evaluada se encuentra incluida en el Programa Médico Obligatorio (PMO)**

Marca solo un óvalo.

- SI
- NO

**15. La droga a ser evaluada se encuentra incluida en el Sistema Único de Reintegro (SUR)**

Marca solo un óvalo.

- SI
- NO

**16. La droga a ser evaluada:**

Marca solo un óvalo por fila.

	SI	NO
Es POTENCIALMENTE DISRUPTIVA (la tecnología tiene el potencial de generar nuevas formas de atención u organización sanitaria, además de contribuir a la sustentabilidad del sistema)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Resuelve una NECESIDAD NO CUBIERTA (no existe alternativa de manejo previa para esa indicación clínica)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si alguna de las respuestas anteriores son SI, determinar si los diseños, materiales o funcionamiento son totalmente nuevos o muy diferentes respecto a otras tecnologías.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es susceptible de tener distintas aplicaciones en la práctica clínica y ser utilizadas en forma diferente a las indicaciones aprobadas o recomendadas en protocolos o guías de práctica clínica basada en evidencia, o no existen guías clínicas basada en la evidencia para esa indicación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**17. Justifique las respuestas afirmativas**

\_\_\_\_\_

*Pasa a la pregunta 46.*

## Especificaciones del Medicamento

18. Droga

19. La droga a ser evaluada se encuentra incluida en el Programa Médico Obligatorio (PMO)

Marca solo un óvalo.

SI

NO

20. La droga a ser evaluada se encuentra incluida en el Sistema Único de Reintegro (SUR)

Marca solo un óvalo.

SI

NO

21. La droga a ser evaluada:

Marca solo un óvalo por fila.

SI NO

Es POTENCIALMENTE DISRUPTIVA (la tecnología tiene el potencial de generar nuevas formas de atención u organización sanitaria, además de contribuir a la sustentabilidad del sistema)

Resuelve una NECESIDAD NO CUBIERTA (no existe alternativa de manejo previas para esa indicación clínica)

Si alguna de las respuestas anteriores son SI, determinar si los diseños, materiales o funcionamiento son totalmente nuevos o muy diferentes respecto a otras tecnologías.

Es susceptible de tener distintas aplicaciones en la práctica clínica y ser utilizadas en indicaciones diferentes a las aprobadas o recomendadas en protocolos o guías de práctica clínica basada en evidencia, o no existen guías clínicas basada en la evidencia para esa indicación.

22. Justifique las respuestas afirmativas

Pasa a la pregunta 47.

## Especificaciones del Producto Médico

23. Nombre Técnico

24. Código de identificación GMDN

25. Modelo

26. Clasifique el riesgo de acuerdo a la Disposición ANMAT N° 2318/2002

Marca solo un óvalo.

1      2      3      4

       

27. El producto medico a ser evaluado:

Marca solo un óvalo por fila.

SI   NO

Es POTENCIALMENTE DISRUPTIVA (la tecnología tiene el potencial de generar nuevas formas de atención u organización sanitaria, además de contribuir a la sustentabilidad del sistema)

Resuelve una NECESIDAD NO CUBIERTA (no existe alternativa de manejo previa para esa indicación clínica)

Si alguna de las respuestas anteriores son SI, determinar si los diseños, materiales o funcionamiento son totalmente nuevos o muy diferentes respecto a otras tecnologías.

Es susceptible de tener distintas aplicaciones en la práctica clínica y ser utilizadas en forma diferente a las indicaciones aprobadas o recomendadas en protocolos o guías de práctica clínica basada en evidencia, o no existen guías clínicas basada en la evidencia para esa indicación.

28. Justifique las respuestas afirmativas

Pasa a la pregunta 47.

## Especificaciones del Producto Médico

29. Nombre Técnico

30. Código de identificación GMDN

31. Modelo

32. Clasifique el riesgo de acuerdo a la Disposición ANMAT N° 2318/2002

Marca solo un óvalo.

1	2	3	4
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

33. El producto medico a ser evaluado:

Marca solo un óvalo por fila.

	SI	NO
Es POTENCIALMENTE DISRUPTIVA (la tecnología tiene el potencial de generar nuevas formas de atención u organización sanitaria, además de contribuir a la sustentabilidad del sistema)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Resuelve una NECESIDAD NO CUBIERTA (no existe alternativa de manejo previa para esa indicación clínica)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si alguna de las respuestas anteriores son SI, determinar si los diseños, materiales o funcionamiento son totalmente nuevos o muy diferentes respecto a otras tecnologías.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es susceptible de tener distintas aplicaciones en la práctica clínica y ser utilizadas en forma diferente a las indicaciones aprobadas o recomendadas en protocolos o guías de práctica clínica basada en evidencia, o no existen guías clínicas basada en la evidencia para esa indicación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

34. Justifique las respuestas afirmativas

Pasa a la pregunta 46.

### Sección III

## Eliminación de un Producto Médico anteriormente autorizado

35. Nombre Técnico



36. Detalle las causas por las cuáles solicita la eliminación de la tecnología.

---

---

---

---

---

## **Declaración Jurada presentada ante el ANMAT como anexo de la Disposición 2038/2017**

---

37. Adjuntar documentación respaldatoria de acuerdo a la Disposición ANMAT 2038/2017

Archivos enviados:

*Pasa a "Formulario Completo."*

### **Sección III**

#### **Eliminación de un Medicamento anteriormente autorizado**

---

38. Droga

39. Detalle las causas por las cuáles solicita la eliminación de la tecnología.

---

---

---

---

---

## **Documentación que da cumplimiento al Art. N° 16 de la Disp. N° 0727/2013 ANMAT**

---

40. Adjuntar documentación respaldatoria que da cumplimiento al Art. N° 16 de la Disp. N° 0727/2013 ANMAT

Archivos enviados:

*Pasa a "Formulario Completo."*

### **Sección III**

#### **Eliminación de una indicación a un Medicamento autorizado**

---

41. Droga

---

42. **Detalle las causas por las cuáles solicita la eliminación de la indicación en la tecnología anteriormente autorizada.**

---

---

---

---

---

---

43. **Adjuntar documentación respaldatoria emitida por ANMAT que responde la eliminación de la indicación en la tecnología anteriormente autorizada.**

Archivos enviados:

*Pasa a "Formulario Completo."*

### **Sección III**

## **Eliminación de una indicación a un Producto Médico autorizado**

---

44. **Nombre Técnico**

---

45. **Detalle las causas por las cuáles solicita la eliminación de la indicación en la tecnología autorizada anteriormente.**

---

---

---

---

---

---

46. **Adjuntar documentación respaldatoria que da cumplimiento al Art. N° 16 de la Disp. N° 0727/2013 ANMAT**

Archivos enviados:

*Pasa a "Formulario Completo."*

## **Evaluación de una nueva indicación a una tecnología anteriormente autorizada**

Se deberá presentar nueva documentación respaldatoria para esta nueva indicación.

47. **Detalle cuál es la nueva indicación a evaluar, aprobada por ANMAT, a una tecnología anteriormente autorizada.**

(hasta 1.500 caracteres)

---

---

---

---

---

---

Pasa a la pregunta 47.

## Autorización de la tecnología sanitaria - Nivel Nacional

**48. Número de Disposición/año, que autoriza la indicación en ANMAT \***

El número de Disposición que autoriza el uso de la tecnología para la indicación para la cual esta siendo evaluada.

\_\_\_\_\_

**49. Especificar la indicación para la cual presenta la solicitud**

Nota: la indicación debe estar aprobada por ANMAT. (hasta 1.500 caracteres)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**50. Adjuntar informe de evaluación de ETS en ANMAT (en caso de existir)**

El archivo que se adjunta debe tener extensión pdf y el nombre debe tener el siguiente formato: (ANMAT - TECNOLOGÍA- FECHA DE ULTIMA ACTUALIZACION)

Archivos enviados:

**51. Número de certificado de inscripción en el Registro de Especialidades Medicinales (REM)**

\_\_\_\_\_

**52. Adjuntar certificado de inscripción en el REM**

Archivos enviados:

**53. La droga a evaluar se encuentra bajo la Disp. ANMAT N° 10401/16, Régimen de Acceso a Excepción a Medicamentos (RAEM)**

Selecciona todas las opciones que correspondan.

SI

NO

**54. Indique si la tecnología es comercializada en los siguientes países**

Selecciona todas las opciones que correspondan.

Brasil

Chile

México

Canadá

España

Alemania

Reino Unido

Francia

55. Indique el precio de venta al público, en dólares estadounidenses, vigente a la fecha de presentación de la solicitud en los países seleccionados en la pregunta anterior

Expresar el precio en el dólares estadounidenses.

---

---

---

---

---

56. Indique la política de cobertura en los países seleccionados en la pregunta anterior

---

---

---

---

---

Pasa a la pregunta 56.

## Autorización de la tecnología sanitaria - Nivel Internacional

57. Indique la entidad internacional que evaluó y autorizó la tecnología presentada

Selecciona todas las opciones que correspondan.

- Agencia Europea de Medicamentos (EMA)
- Estados Unidos: Food and Drug Administration (FDA)

58. Adjuntar reportes de autorización de agencias extranjeras

El archivo que se adjunta debe tener extensión pdf y el nombre debe tener el siguiente formato: (TECNOLOGÍA - NOMBRE DE AGENCIA - AÑO)

Archivos enviados:

## Evidencia científica de la tecnología sanitaria seleccionada

Si la solicitud es por una nueva indicación a una tecnología anteriormente autorizada, se deberá adjuntar documentación respaldatoria solamente de esta nueva indicación.

59. Descripción técnica de la tecnología seleccionada

Describa el mecanismo de acción de la tecnología seleccionada. (hasta 3.000 caracteres)

---

---

---

---

---

**60. Listar los efectos adversos severos**

Efecto Adverso Severo, aquel que produce signos o síntomas que incapacitan para realizar actividades habituales que requieren intervención o terapia médica

---

---

---

---

---

---

**61. Indicar Vida Útil (tiempo hasta el reemplazo)**

Contestar únicamente si se trata de un producto médico

---

---

---

---

---

---

**62. La tecnología presenta alerta internacional**

Marca solo un óvalo.

SI

NO

**63. Si la tecnología presenta alerta internacional, adjuntar archivo respaldatorio**

Archivos enviados:

*Pasa a la pregunta 63.*

**Patología**

**64. Describa la patología o condición de salud, relacionada a la indicación de la tecnología seleccionada.**

---

**65. Incidencia**

Indicar la incidencia estimada y ó su rango estimado ( número de pacientes y tasa cada 1.000 habitantes). Además incluir la cita correspondiente a la fuente de datos utilizada para el cálculo. Si necesita cargar archivo, realizarlo en la Sección IV Documentación Complementaria.

---

---

---

---

---

---

**66. Prevalencia**

Indicar la prevalencia estimada y ó su rango estimado ( número de pacientes y tasa cada 1.000 habitantes). Además incluir la cita correspondiente a la fuente de datos utilizada para el cálculo. Si necesita cargar archivo, realizarlo en la Sección IV Documentación Complementaria.

---

---

---

---

---

**67. Mortalidad**

Indicar la mortalidad estimada ( número de pacientes y tasa cada 1.000 habitantes). Además incluir la cita correspondiente a la fuente de datos utilizada para el cálculo. Si necesita cargar archivo, realizarlo en la Sección IV Documentación Complementaria.

---

**68. Describa, si es relevante, subtipos o estadios de la misma**

(hasta 3.000 caracteres)

---

---

---

---

---

**69. Describa, síntomas y otros determinantes de calidad de vida.**

(hasta 3.000 caracteres)

---

---

---

---

---

**70. Describa el lugar que usted propone para la tecnología que presenta dentro de la vía diagnóstica, clínica y/o quirúrgica**

(hasta 3.000 caracteres)

---

---

---

---

---

**71. DALYs / AVAD (Disability Adjusted Life Years / Años de vida ajustado por discapacidad)**

Expresar en número de años

---

**72. Adjuntar documentación de soporte de carga de la enfermedad**

Se preferirán estudios de carga de enfermedad.

Archivos enviados:

**73. De acuerdo a la vía clínica actual ¿Que tecnología utilizaría como comparador?**

\_\_\_\_\_

**74. Población Objetivo**

*Marca solo un óvalo.*

niños entre 0 y 18 años

embarazadas

enfermedades huérfanas presentes en Orphanet

Otros: \_\_\_\_\_

**75. Describa la población a la cual se aplicará la tecnología**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**76. Enumere los desenlaces importantes para los pacientes en los que impacta la tecnología presentada.**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

# Solicitud de Evaluación de Tecnologías Sanitarias - SECCIÓN IIa

\*Obligatorio

1. **Dirección de correo electrónico \***

2. **Código de solicitud de ingreso \***

Código de solicitud que le fue entregado en la Superintendencia de Servicios de Salud en el momento de presentación de la Carta de Solicitud de Evaluación de una Tecnología.

## SECCIÓN IIa - Evidencia científica de la tecnología sanitaria seleccionada

---

Si la solicitud es por una nueva indicación a una tecnología anteriormente autorizada, se deberá adjuntar documentación respaldatoria solamente de esta nueva indicación.

3. **Número de CUIT / CUIL \***

Agregar número sin guiones ej 20264589923

4. **Número de Disposición/año, que autoriza la indicación en ANMAT \***

El número de Disposición que autoriza el uso de la tecnología para la indicación para la cual esta siendo evaluada.

## Evaluación de la evidencia científica de la tecnología sanitaria seleccionada

5. **Análisis de GRADE**

Debe adjuntar el análisis de GRADE (tabla GRADE). Para confeccionarlo puede utilizar softwares gratuitos tales como <https://gradepro.org/o> realizar la tabla manual siempre siguiendo el formato del manual GRADE con los dominios incluidos en la tabla de "Resumen de Hallazgo" (tabla SOF), dando las razones por las cuales usted califica cada dominio de GRADE (por ej por qué es no serio, serio, muy serio, etc). Se hará especial hincapié en la valoración y justificación del riesgo de sesgo. SE RECOMIENDA VER MANUAL DEL USUARIO DE SOLICITUD DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS 2018 Y EL MANUAL GRADE  
Archivos enviados:

6. **De tratarse de un producto diagnóstico, adjuntar tabla que construye el Número Necesario para un diagnóstico incorrecto (NNM)**

Construir la tabla como muestra el modelo, indicar fuente para los datos referidos. SE RECOMIENDA VER MANUAL DEL USUARIO DE SOLICITUD DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS 2018  
Archivos enviados:



## Modelo de tabla de NNM

<i>Test outcome (index test)</i>	<i>Disease status (reference standard result)</i>		<i>Total</i>
	<i>Diseased (D+)</i>	<i>Non-diseased (D-)</i>	
<i>Index test positive (T+)</i>	True positives (a)	False positives (b)	Test positives (a+b)
<i>Index test negative (T-)</i>	False negatives (c)	True negatives (d)	Test negatives (c+d)
<i>Total</i>	Disease positives (a+c)	Disease negatives (b+d)	N (a+b+c+d)

## Efectividad Clínica

Estudios que sustentan su análisis GRADE

### 7. Meta-análisis

Adjuntar todos los meta-análisis que sustentan su Tabla GRADE.

Archivos enviados:

### 8. Ensayos Clínicos

Adjuntar todos los ensayos clínicos que sustentan su Tabla GRADE.

Archivos enviados:

### 9. Estudios Observacionales

En caso de haber incluido estudios observacionales en su tabla Grade, adjuntarlos.

Archivos enviados:

### 10. Evaluaciones de Tecnologías y Sinopsis de evidencias

Adjuntar solamente las ETS y/o Sinopsis de Evidencias (Resumen estructurado) de los últimos tres años.

Archivos enviados:

# Solicitud de Evaluación de Tecnologías Sanitarias - SECCIÓN IIb

\*Obligatorio

**Dirección de correo electrónico \***

Tu dirección de correo electrónico

**Código de solicitud de ingreso \***

Código de solicitud que le fue entregado en la Superintendencia de Servicios de Salud en el momento de presentación de la Carta de Solicitud de Evaluación de una Tecnología.

Tu respuesta

SECCIÓN IIb - Tecnologías disponibles en Argentina 

Si la solicitud es por una nueva indicación a una tecnología anteriormente autorizada, se deberá adjuntar documentación respaldatoria solamente de esta nueva indicación.

**Número de CUIT / CUIL \***

Agregar número sin guiones ej 20264589923

Tu respuesta

**Número de Disposición/año, que autoriza la indicación en  
ANMAT \***

El número de Disposición que autoriza el uso de la tecnología para la indicación para la cual esta siendo evaluada.

Tu respuesta



# Solicitud de Evaluación de Tecnologías Sanitarias - SECCIÓN III

\*Obligatorio

1. Dirección de correo electrónico \*

\_\_\_\_\_

2. Código de solicitud de ingreso \*

Código de solicitud que le fue entregado en la Superintendencia de Servicios de Salud en el momento de presentación de la Carta de Solicitud de Evaluación de una Tecnología.

\_\_\_\_\_

## SECCIÓN III - Evaluación Económica

---

Si la solicitud es por una nueva indicación a una tecnología anteriormente autorizada, se deberá adjuntar documentación respaldatoria solamente de esta nueva indicación.

3. Número de CUIT / CUIL \*

Agregar número sin guiones ej 20264589923

\_\_\_\_\_

4. Número de Disposición/año, que autoriza la indicación en ANMAT \*

El número de Disposición que autoriza el uso de la tecnología para la indicación para la cual esta siendo evaluada.

\_\_\_\_\_

## Sección III - Evaluación Económica

### Impacto Presupuestario

---

5. Población Objetivo: Adjuntar excel con la población objetivo y todos los supuestos que se utilizaron para obtenerla

Población Objetivo: Número de pacientes que serán tratados con la nueva tecnología en un año. Adjuntar todas las fuentes y cálculos que le permitieron estimar esa población. Indique como se modificaría esa población a lo largo de 5 años. SE ACONSEJA DETALLAR: POBLACIÓN GENERAL, PREVALENCIA, INCIDENCIA, MORTALIDAD POR LA PATOLOGÍA, PROPORCIÓN DE PACIENTES QUE SON CANDIDATOS PARA LA INDICACIÓN APROBADA, PROPORCIÓN DE PACIENTES EFECTIVAMENTE TRATADOS CONSIDERANDO LAS DINÁMICAS DEL MERCADO.

Archivos enviados:

6. Costo por Paciente

Archivos enviados:

**7. Adjuntar el modelo en Excel y reporte de impacto presupuestario**

Debe incluir todas las fuentes de información de costos y epidemiológico, realizado bajo las recomendaciones de ISPOR (2014). Referencia Bibliográfica: Mauskopf J, Sullivan S, Annemans L, et al. Budget Impact Analysis—Principles of Good Practice: Report of the ISPOR 2012 Budget Impact Analysis Good Practice II Task Force. Value Health 17. 2014.2. Garattini L., Van de Vooren K. Budget impact analysis in economic evaluation: a proposal for a clearer definition. Eur J Health Economics (2011) 12:499-502.

Archivos enviados:

**8. ¿Realizó estudios de costo efectividad respecto de la tecnología solicitada?**

Marca solo un óvalo.

- SI Pasa a la pregunta 8.  
 NO Pasa a la pregunta 17.

## Análisis del costo efectividad

**9. Definir la intervención del análisis de costo efectividad**

(hasta 2.000 caracteres)

\_\_\_\_\_

**10. Listar las tecnologías comparadas que posee el estudio de costo efectividad que presenta**

Estas tecnologías deben estar cubiertas por el Plan Medico Obligatorio (PMO) y/o S.U.R y ser de utilización actual.

\_\_\_\_\_

**11. Indicar la perspectiva seguida en el estudio de costo efectividad que presenta**

Selecciona todas las opciones que correspondan.

- Prestador  
 Financiado - Seguridad Social  
 Financiado - Sector Privado  
 Financiado - Sector Público  
 Social

**12. Estructura del modelo de costo-efectividad / utilidad**

Determine que tipo de modelo se utilizó para realizar el análisis de costo efectividad / utilidad  
Marca solo un óvalo por fila.

	SI	NO
Modela la historia natural de la enfermedad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
. es modelo Determinístico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
. es modelo Probabilístico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**13. Especifique con cuál modelo realizó el análisis de costo efectividad**

*Selecciona todas las opciones que correspondan.*

- Árbol de decisión
- MARKOV
- DICE - Discretely Integrated Condition Event
- Otros:

**Determine de acuerdo a la estructura del modelo:**

---

**14. Horizonte Temporal**

(hasta 130 caracteres)

.....

**15. Tasa de descuento**

(hasta 130 caracteres)

.....

**16. Medidas de resultado**

De acuerdo al estudio de costo efectividad presentado, indique que medidas de resultado utilizó  
*Selecciona todas las opciones que correspondan.*

- Años de vida ganados
- Años de vida ganados ajustados por calidad
- Años de vida ganados ajustados por discapacidad
- Otros:

**17. Resultados del análisis de efectividad para el caso base**

Elaborar la siguiente tabla y luego adjuntarla con los resultados correspondientes

Tecnología comparada	Costos Totales (\$)	Años de vida ganados	Total QALYs o indicador sustituto	Costo incremental (\$)	Incremento de los años de vida ganados	Incremento de QALYs o indicador sustituto	ICER (Razon incremental de costo efectividad) respecto línea de base (\$)

Archivos enviados:

**Análisis de sensibilidad económica de la tecnología solicitada.**

**18. ¿Realizó un análisis de sensibilidad de la tecnología presentada?**

*Marca solo un óvalo.*

- SI *Pasa a la pregunta 18.*
- NO *Pasa a la pregunta 19.*

**Método de análisis de sensibilidad económica de la tecnología solicitada.**

**19. Adjuntar el análisis de sensibilidad correspondiente a la tecnología solicitada.**

El formato del nombre del archivo que se adjunta debe seguir (Título - Autor/es - Publicación - Año).

Archivos enviados:

## Factibilidad de implementación

20. ¿Es necesario alguna formación técnica específica para la utilización de ésta tecnología sanitaria?

*Marca solo un óvalo.*

SI

NO

21. En el caso de que la respuesta sea afirmativa o se trate de un producto médico, indique  
¿Cuáles y cuánto tiempo promedio lleva aprender a utilizar la tecnología?

---

---

---

---

## SECCION IV - Documentación complementaria

\*Obligatorio

1. Dirección de correo electrónico \*

---

2. Código de solicitud de ingreso \*

---

---

---

---

---

3. Adjuntar documentación complementaria \*

Archivos enviados:

Una copia de tus respuestas se enviará por correo electrónico a la dirección que proporcionaste



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional  
2019 - Año de la Exportación

**Hoja Adicional de Firmas**  
**Informe gráfico**

**Número:**

**Referencia:** ANEXO Resolución de ETS (Modificación Res. 370/2017)

---

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 23 pagina/s.