

## Agnet y Judicialization en Salud en Argentina

Andrés [Freiberg](#), MD, MPH, MRCPCH, HonMFPH<sup>1</sup>. \*

[andresfreiberg@hotmail.com](mailto:andresfreiberg@hotmail.com), [afreiberg@isalud.edu.ar](mailto:afreiberg@isalud.edu.ar)

Jorge Nicolás [Lafferriere](#)<sup>2</sup>

Martín [Zambrano](#)<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Universidad ISALUD, Buenos Aires, Argentina, y Reino Unido

<sup>2</sup>Pontificia Universidad Católica, Profesor Regular, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires

<sup>3</sup>Director de Investigación jurídica aplicada UCA, Buenos Aires, Argentina. Buenos Aires

\**Address correspondence:* to Dr. Andres Freiberg, HTA and Health Economics, Universidad ISALUD, Buenos Aires, Argentina.

---

### Abstract

■■■.

---

## Introduction

La creación de la futura Agencia Nacional de Evaluación de Tecnología Sanitaria (AGNET) en Argentina tiene lugar en medio de opiniones cruzadas. Asociaciones de pacientes y algunos profesionales ya manifestaron preocupación por potenciales “recortes” de prestaciones, y hasta un “robo al derecho a la salud”.<sup>1</sup> Los proveedores temen nuevas barreras a la innovación; los financiadores esperan más orden, pero, sobre todo, reducir una creciente judicialización que los preocupa.<sup>2-9</sup> Al momento, AGNET está planteada como organismo descentralizado dentro del Ministerio ([ahora Secretaria](#)) de Salud de la Nación, para evaluar tecnologías sanitarias (ETS) y recomendar a decisores, en sus respectivos subsectores, su inclusión o no, en un plan o listado referencial, como el actual PMO.<sup>10</sup> Este rol es similar a otras agencias en la Región<sup>11</sup> especialmente en sus comienzos. Pero estas Agencias “clásicas” de ETS no contienen judicialización por sí mismas. En Colombia, la creación del IETS (2012) no redujo la incidencia de tutelas, en constante aumento.<sup>12-15</sup> Regionalmente, la judicialización tampoco ~~parece responder~~[parece responder](#) cuando estas agencias informan arreglos de cobertura intuitivamente más ordenados, como planes de beneficios en salud (PBS).<sup>5,8,9,16</sup> En Argentina, 84% de 210 amparos recientemente estudiados por Pippo Briant, Altuna *et al*<sup>8</sup> fueron por intervenciones *incluidas* en el Programa Médico Obligatorio (PMO), expresamente considerado por jueces como “piso, no techo”.<sup>5-9,17</sup> Algo similar ocurre en México y Costa Rica<sup>17</sup> mientras Brasil intenta resolver más conflictos por vía administrativa.<sup>18-20</sup>

En este artículo se entiende a judicialización como aquella resultante de litigios **por cobertura** (a través de instrumentos como amparos, medidas cautelares o tutelajes). Asimismo, el derecho a la salud está encuadrado aquí en su principal acepción de **derecho individual a la asistencia sanitaria**.<sup>21-24</sup>

## El Planteo

Se postula que la creación de Agencias de ETS “típicas” como AGNET, es insuficiente para contener judicialización. El problema no es la evaluación de tecnologías, sino acordar la priorización explícita que debe ir acoplada. Para poder influir en judicialización, primero es necesario definir procesos transparentes de priorización, donde la Agencia de ETS es solo un paso más.<sup>16</sup> Para ser transparentes, estos procesos de priorización necesitan antes ser aceptados en el marco de un genuino “acuerdo social de escasez”. Este consenso social depende de la percepción pública; y su falta es la principal barrera política para ampliar priorización explícita en la región.

Distinguimos algunos desafíos que surgen cuando un problema común, la decisión de cobertura en un paradigma de escasez, se intenta resolver dentro de sistemas basados predominantemente en derechos, como en Latinoamérica, y en otros sistemas que inspiraron Agencias de ETS, donde ya existe suficiente aceptación social de priorización, y sus métodos.<sup>25-27</sup>

## Empezar por cuentas claras

La evaluación es un proceso técnico; la priorización es un proceso político. Esta distinción es útil en principio. Pero en la práctica suele confundirse, a veces con razón: una Agencia “técnica” que considere el **costo** de tecnologías para informar una decisión de cobertura está en realidad informando un proceso de priorización, con todo lo que ello implica. Si AGNET, de cara a la judicialización, sostuviese una priorización explícita,<sup>16,25-27</sup> enfrentaría el problema de popularizar métodos basados en el principio económico de la escasez, cuando no existe suficiente acuerdo social, al menos en Argentina, acerca de las razones o magnitud de esa escasez, como si existe en otros países. En Inglaterra, el NICE, pionero de estos métodos, resistió duras crisis iniciales<sup>25</sup> principalmente porque el público general, descontento o no, siempre reconoció la *legitimidad* del presupuesto de la NHS sobre el cual el NICE prioriza.

En otras palabras, a pesar de señales de estrés de los financiadores, una opinión pública convencida que la escasez de recursos en salud no es “real”, ~~e que resulta de gestión ineficiente~~~~-todo junto~~, o peor<sup>4</sup> podría condenar a AGNET en la primera intervención que resulte en una recomendación negativa. Como en Argentina los Poderes son independientes (i. e. Judicial del Ejecutivo) un público desalineado es terreno ideal para que decisiones de cobertura, cuidadosamente informadas por AGNET, sean neutralizadas en las Cortes. Aunque AGNET fuese de consulta obligatoria en litigios, su opinión sería no vinculante. La opinión del juez, en cambio, si lo es: el sistema judicial goza de una legitimidad inherente que nacientes agencias de ETS deben ganarse. No está claro que el debate en curso tenga esto resuelto. Por ejemplo, CONETEC<sup>10</sup> precursor actual de AGNET, está al momento divorciada de la decisión de cobertura. Si AGNET emitiese recomendaciones vinculantes para los financiadores, sería en efecto un decisor deliberativo, y como tal, carece de adecuado “branding”, ante los actores, y el público. Si AGNET fuese no vinculante, es posible que el juez quede involuntariamente “atrapado” entre una Agencia respetable que recomienda no cobertura y un reclamo por violación del derecho individual a la salud.<sup>7</sup> Por ello, ~~hasta ahora~~**siempre** ha sido más fácil ver la demandante en aislamiento y que el costo no entre en la ecuación. Esto evita el verdadero problema: si queremos un sistema sustentable, ante cualquier presupuesto, debemos priorizar éticamente. Si el juez decidiese utilizar su legitimidad inherente para priorizar éticamente, encontraría que el derecho a la salud es paradigma insuficiente: ¿Quién tendrá “más” derecho a la salud? Por ello, es imposible priorizar ética y ordenadamente, para ningún actor, sin un legítimo previo “acuerdo de escasez”. En una Argentina fragmentada, desordenada, tensa por la inequidad, y anclada culturalmente en derechos reivindicativos<sup>5-9</sup> el camino natural del ~~un creciente~~ litigio **por cobertura** es la judicialización.

El peligro es que una opinión pública reticente, intereses desalineados, y una judicialización que siga igual podrían terminar por erosionar el soporte a AGNET de una cambiante clase política. Esto es grave: un firme soporte político es vital para Agencias Nacionales de ETS, especialmente en sus comienzos.<sup>16,25,28-30</sup>

## Priorizar para redistribuir, no para recortar

Con costos crecientes<sup>25,30-34</sup> es imposible expandir cobertura sin algún mecanismo de priorización. Países desarrollados, más ricos que Argentina<sup>25</sup> no reembolsan de rutina terapias cuyo perfil costo-beneficio es inaceptable para cierto presupuesto.<sup>24,34</sup> Algunos pacientes quedan con acceso limitado a algunas tecnologías, recibiendo a cambio otras, quizás mínimamente menos efectivas, pero mucho menos costosas. Al priorizar abierta y ordenadamente, estos países han logrado más transparencia, orden y eficiencia. No contienen tanto el costo, pero, al señalar que no serán pasivos tomadores de precios, hoy obtienen más salud por dinero. Recursos ahorrados en un sector se redireccionan a funciones más esenciales, logrando mejor distribución y acceso más equitativo. En Argentina existe alguna priorización *de facto*, pero, lo que predomina es un desordenado racionamiento implícito.<sup>9,35,36</sup> Salvo casos aislados, preocupa la falta de gobernanza clínica. Esto se refleja en decenas de auditores enfrentando a diario prescripciones inapropiadas, a veces bizarras.<sup>24</sup> Pero también es verdad que, en el terreno, muchos financiadores niegan prestaciones *por default*, a sabiendas que solo un pequeño porcentaje llegaran a reclamos efectivos.<sup>8</sup> Por ello, cuentas claras son, una vez más, indispensable ~~s~~ para ~~plantear priorización contra~~~~reducir~~ judicialización. Aquellos decisores que sigan a AGNET en aras a la eficiencia, deberían igualmente demostrar cómo recursos ahorrados en un lado se utilizan en otras prestaciones, más prioritarias, para sus sectores más necesitados. Es decir, los **mismos** actores que desean que AGNET contenga judicialización deben ~~igualmente~~**tambien** apoyar todos aquellos procesos que logren mayor transparencia en el sistema.

## Diagnóstico realista e integral para afrontar el problema distributivo

Argentina necesita un diagnóstico realista e integral de la situación, con verdadero alcance federal. En los últimos 12 años, se verificó un proceso de expansión de cobertura por vía de presiones focalizadas de sectores que procuraron la solución de sus reclamos en sede judicial o legislativa.<sup>22,37,38</sup> Estos procesos han logrado justas y valiosas conquistas sociales. Pero no se ha podido concretar una mirada de conjunto a la realidad argentina y se ha profundizado la fragmentación. Igualmente, han permanecido invisibles profundas demandas sociales,<sup>39</sup> especialmente de los sectores más indigentes, que no poseen los medios para articular mecanismos de presión. Si bien en Argentina hay menos judicialización en aquellas pocas áreas donde la Ley no da lugar a ambigüedades, es imposible, e inviable, legislar por todo en letra chica. En particular, se carece de un cuadro de situación claro y que dé cuenta de las dimensiones del derecho a la salud, tanto individual como colectiva, que han sido postergadas en esta expansión de la cobertura por patologías.

## El derecho a la salud respalda una priorización ordenada

El derecho a la salud tiene múltiples contornos y dimensiones. Su complejidad está dada porque se vincula con uno de los derechos más básicos y fundamentales, el derecho a la vida y la integridad física y espiritual. Comentando el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el Comité respectivo dentro del sistema de Naciones Unidas ha dicho que el concepto del "más alto nivel posible de salud" a que se hace referencia en el párrafo 1 del artículo 12, tiene en cuenta tanto las condiciones biológicas y socioeconómicas esenciales de la persona como los recursos con que cuenta el Estado.<sup>38,40,41</sup> En la práctica, la asistencia sanitaria

consiste en intervenciones que concretizan un derecho individual a la salud, financiadas con recursos comunes.

Entonces, dada una exigencia “justa” (vinculada con la vida y la integridad física y espiritual) en un sistema solidario -sin copagos restrictivos- el derecho a la asistencia sanitaria puede verse como el derecho de un individuo a efectuar un reclamo *sobre otros individuos* a través del uso, para beneficio personal, de recursos comunes destinados a salud.<sup>26,27</sup> Se reconoce entonces que la satisfacción progresiva del derecho individual no es independiente de los posibles grados de satisfacción del mismo derecho de otros individuos en condiciones similares.<sup>27,38</sup>

Por ejemplo, de la letra del Pacto no se deduce que (a) un individuo tiene derecho a la salud, y (b) existe una intervención muy costosa que le ofrece algunas chances de mejoría, entonces (c) ese individuo tiene automáticamente derecho a que el Estado le pague esa intervención. Según Daniels<sup>27</sup> el *justo grado máximo* de concreción del derecho a la salud en ese individuo dependerá de otros factores, incluyendo la efectividad de esa intervención en la vida real, su vinculación con el riesgo de vida, así como el costo-beneficio de la misma en relación a alternativas similares, y en relación al potencial costo-beneficio del rango de intervenciones que puedan ser razonablemente ofrecidas *también* a otros individuos, dentro del grupo al cual este individuo pertenece y/o contribuye.<sup>42</sup> En otras palabras, como la asistencia sanitaria cuesta dinero, y en la práctica agrupamos riesgo a través de fondos comunes, es improductivo debatir niveles de concreción del derecho individual a la salud sin debatir al mismo tiempo la distribución de los recursos necesarios para pagarlos.

## ¿La alternativa es seguir igual?

Aquellos a disgusto con priorización explícita deberán al menos justificar un *status quo* que, en Argentina, favorece los derechos de pocos sobre los de muchos otros. La “Medicina Basada en la Sentencia” de Tobar<sup>5</sup> no lleva a un uso racional de intervenciones en salud.<sup>9,17</sup>

En Argentina, la escasez real o relativa induce racionamiento implícito, aumentando los conflictos por cobertura, lo que aumenta la judicialización, que a su vez contribuye a la escasez a través de un aumento imprevisible de la presión presupuestaria. Todos estos mecanismos perpetúan ineficiencias.<sup>35,36,43</sup> Es complejo: en un extremo, la judicialización resulta en la cobertura, por financiadores -o el Estado como garante subsidiario- de intervenciones muy costosas, a veces con complejos perfiles que ni los jueces, ni algunos médicos, ni los pacientes entienden bien. Pero en el otro extremo, la judicialización ayuda a revertir casos cuya negación de cobertura tiene poco o ningún fundamento.<sup>8</sup>

En un caso real en Bürgin<sup>5</sup> vemos que (a) es exigible resguardar el derecho a la salud y el derecho a la vida; (b) a una paciente se le diagnostica cáncer avanzado de páncreas; (c) en este trágico escenario, el clínico prescribe Tarceva<sup>®</sup> (*erlotinib*) un complejo oncológico, no otorgado por el INSSyP; (d) se obtiene un recurso de amparo; (e) se concluye que el pagador “*desatendió una de sus funciones básicas: atender a la salud de sus afiliados*” condenándose al Estado en carácter subsidiario a otorgar urgente esta medicación y a cubrir costos de la misma y el proceso judicial (exp.15667/09). Nótese cómo se ha llegado a una seria disfunción sistémica por no consensuar puntos de vista individuales. El resultado es que, al tiempo del fallo, *erlotinib* se reembolsa en Argentina para cáncer de páncreas, mientras, por ejemplo, no había sido aprobado en la NHS, en base a insuficiente evidencia de extensión **significativa** de sobrevida en relación a su costo.<sup>44</sup> Además, usar *erlotinib* implica medir factor de crecimiento epidermal (EGFR) en células biopsiadas antes de prescribirlo, proceso que, si estuviese disponible **aquí en Argentina**, no fue mencionado. ¿Cabe preguntarse si no hubiera sido mejor revisar cuidadosamente la evidencia *antes* de ordenar el reembolso de una nueva droga y quizás generar infundadas esperanzas en una familia desesperada? ¿Y si así fuera, quien la debe revisar? ¿**Queda solamente a A** criterio de un prescriptor individual?<sup>5-8,45</sup>

A pesar de una creciente complejidad en perfiles de nuevos medicamentos, en solo 7.6% de 210 recursos de amparo se consultaron peritos médicos.<sup>8</sup>

En el otro extremo del espectro vemos que (a) un individuo tiene derecho a la salud, (b) considerando todos los factores debidos, el médico le prescribió un medicamento o intervención apropiada, a veces incluida en un plan pre-acordado; (c) el financiador niega la prestación como política *ad hoc* de contención de costos<sup>8</sup> (d) el paciente siente el quiebre del compromiso y ve como única salida la amarga tarea de reclamar individualmente por vía administrativa o judicial.

En todo caso, si negar prestaciones de este modo o recurrir a judicialización son las únicas alternativas a un proceso de priorización justo y ordenado, creemos que no hay mucho para elegir.

## Conclusión: defendiendo un derecho a la salud para todos

Se postula que aquellos actores que apoyan una AGNET contra la judicialización, deben asimismo apoyar lo siguiente:

1. Una gestión ordenada, transparente, con datos públicos y auditables de recursos en salud; *sin una medida de lo cual, es difícil plantearle a la opinión pública que*
2. Los presupuestos en salud son genuinamente limitados; y que sostener el derecho individual a la salud no equivale a dar “todo para todos y gratis”<sup>44,46</sup>
3. Que una priorización explícita y ordenada, nacida del consenso social, es el mejor camino para realizar una progresiva satisfacción del derecho a la salud, en su dimensión individual y en su aspecto colectivo<sup>16,25</sup>

Una nueva Agencia Nacional debe apoyar una concepción amplia y progresiva del derecho a la salud, que siempre posee una dimensión individual y una dimensión colectiva.<sup>21,22,38</sup> Estas dimensiones se ven en Talavera<sup>21</sup> y en concepciones realistas del derecho, de raigambre aristotélico-tomista.<sup>22,47</sup> El justo balance entre derecho individual y colectivo implica que no es necesario recurrir a basarse solamente en enfoques puramente “utilitaristas” o de inspiración Rawlsiana.<sup>26</sup> AGNET debe ayudar a encontrar la manera más ética de garantizar una cobertura digna y justa de salud a todos y, a partir de ese piso que garantice superar las situaciones de inequidad y pobreza, ver cómo ir ampliando la cobertura, para que el mayor número pueda acceder a la mayor cantidad posible de servicios.

## References

1. Pablo Minini. Delegado de la Asociación de Profesionales de la Salud de Lomas de Zamora. AGNET: una agencia para robarte tu derecho a la salud. 20 Octubre 2018. “Cambiamos ya le robó a los jubilados. Ahora quiere robarle a los enfermos”. Ver <https://www.laizquierdadiario.com/Agnet-una-agencia-para-robar-te-tu-derecho-a-la-salud>.
2. Martín Ballinotti para La Nación, Martes 19 Septiembre 2017. El Gobierno y la CGT avanzan en un acuerdo por el blanqueo laboral y las obras sociales. Ver <http://www.lanacion.com.ar/2064195-jorge-triaca-se-reunio-con-la-cupula-de-la-cgt-para-analizar-el-blanqueo-laboral>.
3. El Cronista. Hugo Magonza, Presidente de la Asociación Civil de Actividades Médicas Integradas: La Agencia Nacional Evaluadora de Tecnologías de Salud tan esperada. Viernes 09 de Septiembre de 2016. Ver también: El Cronista. Miércoles 8 Noviembre 2017. *Apuran nueva agencia para frenar ola de juicios contra obras sociales y prepagas*. Allí se dice que “Este año aumentó 30% la cantidad de amparos judiciales que obligan a prestadoras a cubrir servicios fuera del PMO. La AGNET emitirá informes vinculantes para los jueces” ver <https://www.cronista.com/economiapolitica/Apuran-nueva-agencia-para-frenar-ola-de-juicios-contra-obras-sociales-y-prepagas-20171108-0039.html>.
4. Jorge Lanata: Periodismo para todos. El CUS y la AGNET. Programa del 15 Octubre de 2017 (última mitad). Ver <https://www.youtube.com/watch?v=2e9pb9L9Zl8>. Ver también Clarin.com 21/08/2016 - 01:43 Revelan audios sobre una estafa millonaria en el Ministerio de Salud Sciolista. Se investiga fraude en la compra de insumos. [https://www.clarin.com/politica/revelan-millonaria-ministerio-salud-sciolista\\_0\\_H1PgU2vq.html](https://www.clarin.com/politica/revelan-millonaria-ministerio-salud-sciolista_0_H1PgU2vq.html).
5. M.T. Bürgin, El amparo judicial como instrumento de ampliación del PMO-el Estado nacional como garante de la salud, 2013.
6. M.L. Florio, Judicialización de la Salud y Prestaciones no incluidas en el PMO, 2014.
7. Cires Etcheverry, Julia y Zambrano, Martín (h.) El Derecho, [266] - (15/03/2016, nro13.915) [2016] La justa distribución de los recursos estatales en la salud argentina frente al impacto de nuevas prestaciones médicas y tecnologías sanitarias.
8. Pippo Briant, Altuna, Perez Ponsa et al (2016) Implicancias socio económicas de la utilización de instrumentos judiciales para la prestación de bienes y servicios sanitarios. Un estudio de casos - material aun no publicado- Beca “Ramón Carrillo-Arturo Oñativia”, categoría multicéntrico, otorgada por el Ministerio de Salud de la Nación, a través de la Comisión Nacional Salud Investiga. [más comunicación con autores, financiadores y auditores].
9. Vasallo, Carlos (2011) “Salud: racionalizar, no racionar” Salud colectiva - Asociación de Economía de la Salud [www.aes.org.ar/archivos/acceso/racionalizar.pdf](http://www.aes.org.ar/archivos/acceso/racionalizar.pdf) en [www.acami.org.ar](http://www.acami.org.ar) explica que “las demandas y los amparos contra el sistema sanitario crecen al 10 por ciento anual y ya le cuestan 4.800 millones de pesos por año a hospitales, obras sociales y prepagas, por lo que cada ciudadano debe destinar, en promedio, 120 pesos anuales en impuestos y otras erogaciones para afrontar una “industria del juicio”.
10. Lafferriere, J.N., Zambrano, M. (2016). Proyecto de Agencia Nacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias "AGNET": inquietudes en su implementación e incidencia en los amparos de salud. Revista Derecho de Familia y las Personas. Nro. 10, noviembre, 142-158. AR/DOC/3307/2016. El precursor de AGNET al momento es la CONETEC; ver <http://www.infojudicial.com.ar/se-crea-la-comision-nacional-de-evaluacion-de-tecnologias-de-salud-conetec/>.
11. Castro, J., & Eduardo, H. (2015). Agencias de ETES contexto global e implicaciones para el diseño del IETS Colombiano. Ver también: Lifschitz, E., Martich, E., Tobar, S., & Watman, R. (2017). Agencias de evaluación de tecnologías sanitarias. Lecciones aprendidas en países de Latinoamérica y Europa.
12. Acosta, O. L., Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo. (2009). La judicialización del derecho a la salud en Colombia. Comisión Económica para América Latina (CEPAL); Instituto Centroamericano de Estudios Fiscales (ICEFI), 28-29.

13. Ministerio de Salud Colombia, "El derecho a la salud transformado en derecho prestacional es una regresividad": Vice Salud, Ver <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/derecho-a-la-salud.aspx>, 2013.
14. J. Durán and R. Uprimny, La judicialización de la salud en Colombia: El desafío de lograr los consensos hacia mayor equidad y cobertura universal, 2014, CEPAL; Santiago, 111-120, 2014-05. LC/L. 3820.
15. El Tiempo online: Colombia; 26 diciembre 2016, Cada 3,5 minutos se presenta una tutela por la salud. En el 2015 se rompió récord de tutelas en este sector, según la Defensoría del Pueblo, Ver <http://www.eltiempo.com/vida/salud/tutelas-por-vulnerar-el-derecho-a-la-salud-en-colombia-48516>.
16. Giedion, Ú., Distrutti, M., Muñoz, A. L., Pinto, D. M., & Díaz, A. M. (2018). La priorización en salud paso a paso: Cómo articulan sus procesos México, Brasil y Colombia. Ver también a Giedion et al (2012) IADB Serie de Notas técnicas sobre priorización en salud; ver REDCRITERIA [www.redcriteria.org](http://www.redcriteria.org).
17. L. Reveiz, E. Chapman, R. Torres, et al., Litigios por derecho a la salud en tres países de América Latina: revisión sistemática de la literatura, *Rev Panam Salud Pública* **33** (3), 2013, 213-222.
18. D.D.C.L. Borges, Individual Health Care Litigation in Brazil through a Different Lens: Strengthening Health Technology Assessment and New Models of Health Care Governance, *Health Hum Rights* **20** (1), 2018, 147.
19. V.G. Duarte, Arranjos e diálogos institucionais para enfrentamento da judicialização da saúde: uma análise dos modelos de assessoramento técnico (NAT's), Master dissertation (Limeira, SP: Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP, 2017), [http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/330565/1/Duarte\\_Vanessa-Genicia\\_M.pdf](http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/330565/1/Duarte_Vanessa-Genicia_M.pdf).
20. O.L.M. Ferraz, Health in the Courts of Latin America, *Health Hum Rights* **20** (1), 2018, 67.
21. P. Talavera Fernández, Las dificultades que el actual paradigma subjetivista de la salud comporta en su configuración como derecho humano universal, *Revista Boliviana de Derecho* **21**, 2016, 16-47.
22. M.A. Ciuro Caldani, Filosofía trialista del Derecho de la salud. Revista del Centro de Investigaciones de Filosofía Jurídica y Filosofía Social, *Nro* **28**, 2005, 19-32.
23. M. MacMullen, S. Hasdeu, S. Torales, et al., Costo-efectividad del rastreo de cáncer colorrectal en provincias argentinas seleccionadas, *Revista Argentina de Salud Pública* **13**, 2017.
24. <https://www.lanacion.com.ar/1759354-caballos-que-sanan-la-equinoterapia-una-alternativa-para-curar>.
25. N. Timmins, M. Rawlins and J. Appleby, A Terrible Beauty: A short history of NICE the National Institute for Health and Care Excellence, *F1000Res* 2017.
26. J. Rawls, A theory of justice, 2009, Harvard University Press.
27. N. Daniels, Just health: meeting health needs fairly, 2007, Cambridge University Press.
28. WHO <http://www.who.int/dg/priorities/health-for-all/en/> World Health Organization. (2015). Global survey on health technology assessment by national authorities. Main findings. Geneva: World Health Organization. Tambien <http://www.who.int/choice/cost-effectiveness/generalized/en/>.
29. Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Boletín de Prensa No 017. La Ley Estatutaria 1751 / 2353 del 2015, ver [https://www.minsalud.gov.co/Paginas/LeyEstatutariadeSaludlaimplementacion.aspx\\_entrada\\_en\\_vigencia\\_en\\_Febrero\\_2017](https://www.minsalud.gov.co/Paginas/LeyEstatutariadeSaludlaimplementacion.aspx_entrada_en_vigencia_en_Febrero_2017).
30. Torres R. para Clarin opinión publicado el 26 Octubre 2017: "Redistribuir el gasto Publico" ver [www.clarin.com/opinion/redistribuir-gasto-publico](http://www.clarin.com/opinion/redistribuir-gasto-publico).
31. Freiberg, A. (2017) Comentario: el Cancer Drugs Fund en Inglaterra. Utilizado el 15/9/17 para [el BID](#) charla técnica con SILSARIL - Republica Dominicana. Publicado en Revista Universidad ISALUD Agosto 2017.
32. Nótese también que es imposible pretender niveles equiparables de cobertura a través de países distintos, cuando por ejemplo el gasto en salud per cápita de Suecia es de 5.239 Intl USD (2014) y el de Argentina es un cuarto de ello, en el orden de 1,135 Intl USD (2014). Ver también Picci (2017) for MoneyWatch - Prognosis for Rx in 2017: more painful drug-price hikes - available at <https://www.cbsnews.com/news/drug-prices-to-rise-12-percent-in-2017/>.
33. PharmaFile, Feb 2014, <http://www.pharmafile.com/news/182224/cancer-drugs-fund-assessing-difficult-legacy>.
34. A. Bilinski, P. Neumann, J. Cohen, T. Thorat, K. McDaniel and J.A. Salomon, When cost-effective interventions are unaffordable: Integrating cost-effectiveness and budget impact in priority setting for global health programs, *PLoS Med* **14** (10), 2017, e1002397.

35. Ruben Torres, Política Sanitaria en el país de los argentinos, 2da edición, 2015, ISALUD; Buenos Aires.
36. Rubinstein, A., Pichon-Riviere, A., & Clara, M. (2016). Definición de Políticas de Cobertura en Argentina: PMO y Agencia de Evaluación de Tecnologías.
37. L. Pucheta and J.B. Eleta, Cobertura de salud en la legislación argentina de los últimos ocho años. Vida y ética, nro. 16 [en línea], Disponible en:<http://bibliotecadigital.uca.edu.ar>, 2015.
38. L. Clérico, L.M. Ronconi and M. Aldao, Tratado de Derecho a la Salud, 2013, Abeledo Perrot; Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
39. UCA, Para carencias esenciales en salud, ver datos del Observatorio de la Deuda Social Argentina, <http://www.uca.edu.ar/index.php/site/index/es/uca/observatorio-de-la-deuda-social-argentina/>.
40. La letra de la Ley menciona el derecho a la atención sanitaria innegable en servicios esenciales, con énfasis en salud materno-infantil, educación, inmunización, prevenibles, esenciales, concentrada en cuidados primarios y asumiendo la priorización de grupos con mayor desventaja. ~~No existe ningún apartado que sugiera que~~ La utilización de tecnologías nuevas ~~complicadas~~ y costosas para casos individuales ~~sea no aparece como~~ parte ~~sustancial e~~ ineludible del compromiso. Ver letra en: Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2000). Observación General nro. 14: El derecho a disfrute del más alto nivel posible de salud. E/C.12/2000/4. Ver también Protocolo del Salvador de la OEA, Artículo 10 y Pacto internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (art 12) y la Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre (art 11- art 25).
41. R.W. Hoag, International Covenant on Economic, Social, and Cultural Rights, In: *Encyclopedia of Global Justice*, 2011, Springer; Netherlands, 546-547.
42. Woods, B., Revill, P., Sculpher, M., & Claxton, K. (2016). Country-level cost-effectiveness thresholds: initial estimates and the need for further research. *Value in Health*, 19(8), 929-935. Also Argentina's ICES proposal in PAHO REDETS meeting that estimates threshold based on a formula that combines local health expenditure per capita and local Life Expectancy (in *Value in Health* November 2015 DOI: 10.1016/j.jval.2015.09.2592).
43. Pregno, E. (2016). Todo, para todos y gratis: coordenadas para garantizar la inviabilidad de un sistema de salud. *R. Dir. sanit.*, São Paulo v.17 n.2, p. 176-186, disponible en <https://www.google.com.ar/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwi85JrnMzWAhWMC5AKHcnrB4MQFgggMAE&url=https%3A%2F%2Fwww.revistas.usp.br%2Frdisan%2Farticle%2F>
44. Scottish Medicines Consortium (SMC- 2009) Ver también al SMC en [https://www.scottishmedicines.org.uk/SMC\\_Advice/Advice/382\\_07\\_erlotinib\\_\\_Tarceva](https://www.scottishmedicines.org.uk/SMC_Advice/Advice/382_07_erlotinib__Tarceva) Erlotinib no recomendado para cáncer de páncreas. Evidencia no presentada por el fabricante al SMC, situación que generalmente ocurre cuando el sponsor anticipa que no cuenta con la evidencia suficiente para cáncer de páncreas como para convencer al comité del SMC para financiarlo en la NHS a precios solicitados. El NICE tampoco lo recomienda como terapia de base en el tratamiento del Cáncer de Páncreas , (<https://www.nice.org.uk/guidance/ng85>).
45. CÁMARA FEDERAL DE APELACIONES DE SALTA BOLETÍN DE JURISPRUDENCIA SOBRE LA MATERIA DE SALUD AÑOS 2009 - 2012 Esta Cámara en la causa “Figuroa F c/Obra Social de Docentes Particulares s/ amparo”, sent. del 28/05/12 -pp38- Esta Cámara en las causas, “P. Luis A. en representación de P. E. c/ IOSE s/ Acción de Amparo”, sent. del 03/09/09 y “Actuaciones relativas a A, N Elsa c. Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados s. medida cautelar”, sent. del 17/03/11 causa “R, E. Carlos c/ Yacimientos Petrolíferos Fiscales s/ daños y perjuicios”, sent. del 27/07/10. (Derechos a la calidad de la prestación, a la seguridad y a una prestación integral).
46. J. Del Llano, C. Polanco and S. García-Armesto, ¿Todo para todos y gratis? El establecimiento de prioridades en el Sistema Nacional de Salud español, 2004, Fundación Gaspar Casal-Ed. Ergón; Madrid.
47. J.M. Zuniga, S.P. Marks and L.O. Gostin, (Eds.), *Advancing the human right to health*, 2013, OUP; Oxford.

## Queries and Answers

**Query:** Please provide provide highest level of acadmic degrees for authors Lafferriere and Zambrano

**Answer:** PhD

**Query:** Please provide an English-translated version of the abstract.

**Answer:** Argentina considers its first National HTA Agency (AGNET) (1) amidst expectations that it would stop “the scourge of judicialization” (2-4). We suspect this argument is counterintuitive: the

creation of HTA Agencies, or Health Benefits Packages in the Region, whatever their breadth, have so far failed to contain judicialisation *by themselves* (6-18, 21). We discuss that judicialization thrives not only because of the laws of the land, but also because the design and creation of these technical Agencies, informing benefits lists, has been largely divorced from the more difficult task of seeking system-wide priority-setting (PS) processes and institutions, capable of eliciting the social values on which difficult coverage decisions should rest. We propose that, in order for explicit PS to gain a foothold in Argentina, a social “agreement on scarcity” has to be built first, consciously and openly, by (a) seeking more transparency in the way healthcare is financed across sub-sectors, with public access to auditable data; and (b) debating optimal levels of satisfaction of *individual* right to health, as rights of access, within the inevitable distributive conflict of a *collective* right to health and access, and never in isolation.

**Query:** The references should be sequentially cited in the text, hence references have been renumbered both in the text and in the reference list (including with tables, if present). Please check, and correct if necessary.

**Answer:** checked and good to go

**Query:** Correctly acknowledging the primary funders and grant IDs of your research is important to ensure compliance with funder policies. We could not find any acknowledgement of funding sources in your text. Is this correct?

**Answer:** Yes

**Query:** Please confirm that given names and surnames have been identified correctly and are presented in the desired order and please carefully verify the spelling of all authors’ names.

**Answer:** Yes