

**AGENCIA NACIONAL DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS DE SALUD.  
ANÁLISIS CONSTITUCIONAL Y CONVENCIONAL**

**Por Alejandra Mariel Lovat**

*Fecha de recepción: 29 de noviembre de 2016*

*Fecha de aprobación: 6 de diciembre de 2016*

**Resumen**

Con este artículo pretendemos dar visibilidad al proyecto de ley que crea la Agencia Nacional de Evaluación de Tecnologías de Salud (AGNET), analizando su constitucionalidad y convencionalidad, en tanto prevé la facultad de este organismo de eliminar procedimientos, tratamientos y medicamentos incluidos en el PMO, e incluso, imposibilitar el acceso a la justicia de los usuarios o consumidores del sistema de salud, al establecer el carácter vinculante de sus decisiones.

**Abstract**

With this article we intend to give visibility to the bill that creates the future National Agency for Health Technology Assessment (AGNET), analyzing its constitutionality and conventionality as it provides the authority of this body to eliminate procedures, treatments and drugs included in the PMO, And even, prevent access to justice for users or consumers of the health system, by establishing the binding nature of their decisions.

**Resumo**

Com este artigo pretende-se dar visibilidade ao projeto de lei que cria o futuro Agência Nacional para a Avaliação de Tecnologias em Saúde (Agnat), analisando a sua constitucionalidade e convencionalidade como fornece a capacidade deste organismo a eliminar procedimentos, tratamentos e medicamentos no PMO, e até

mesmo, impedir o acesso à justiça para os usuários ou consumidores do sistema de saúde, para estabelecer o carácter vinculativo das suas decisões.

**Palabras clave**

Agencia Nacional de Evaluación de Tecnologías de Salud, salud, derechos humanos, medicina.

**Keywords**

National Agency for Health Technology Assessment, health, human rights, medicine.

**Palavras chave**

Agência Nacional para a Avaliação de Tecnologias em Saúde, saúde, Direitos humanos, Medicina.

**1. Análisis del proyecto de ley que crea la Agencia Nacional de evaluación de tecnologías de salud. Cuestionamientos y dictamen de la minoría**

El 13 de julio de 2016 el actual Ministro de Salud de la Nación, Jorge Daniel Lemus ingresó a consideración del Congreso, el proyecto de ley que crea la Agencia Nacional de evaluación de tecnologías de salud o AGNET, bajo el número de expediente 82/2016.

En el contexto introductorio, podemos decir que el motivo por el cual el Poder Ejecutivo requiere su creación es para que la mejora en la salud y calidad de vida de la ciudadanía -a partir de la contribución de las tecnologías sanitarias- continúe y se potencie; y por otra parte para garantizar la incorporación y uso de tecnologías con eficacia y seguridad demostrada, caso contrario ante la imposibilidad de verificación, excluir dicha tecnología y así efficientizar el gasto público futuro.

Entonces, la creación de esta agencia descentralizada pero dependiente del Ministerio de Salud de la Nación tiene como objetivos unificar y potenciar los recursos para investigación y análisis de la utilidad de las tecnologías sanitarias

actuales para establecer prioridades en su uso conforme a valores clínicos, éticos, económicos, sociales y organizacionales eventualmente.

Cabe destacar que el mismo proyecto explicita a qué se refiere con la denominación de “tecnologías sanitarias” que implica la obtención de información sobre la utilidad de intervenciones para promover salud, prevenir, diagnosticar o tratar enfermedades o rehabilitación de las mismas, asimismo evaluar medicamentos, dispositivos, productos médicos e instrumentos, técnicas y procedimientos clínicos, quirúrgicos y de cualquier otra naturaleza en base a criterios de eficacia, efectividad, equidad y costo en beneficio del interés comunitario.

Esto implica la “exclusión” de tecnologías sanitarias cuando no cuenten con adecuada evidencia científica, o cuando su uso resulte lesivo o inútil en la mejora en la salud de las personas.

Fundamenta la creación de esta agencia en recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización Panamericana de la Salud.

El artículo segundo nos despierta cierta curiosidad al incluir en su ámbito de actuación el derecho privado, ya que resulta un tanto incongruente con la finalidad de beneficiar el “interés comunitario”. No entendemos cómo puede beneficiar dicho interés incumbiendo en técnicas, medicamentos, procedimientos, etc. cubiertos por los planes privados de las medicinas prepagas u obras sociales.

Analizando el artículo tercero, notamos que reitera los objetivos establecidos en el marco introductorio del proyecto. Sin embargo, amplía y aclara que también su objeto podría determinar la exclusión de estudios y evaluaciones de medicamentos, productos médicos e instrumentos, técnicas y procedimientos clínicos, quirúrgicos y de cualquier otra naturaleza, actualmente incluidos en el Programa Médico Obligatorio –PMO-.

Desde ya anticipamos nuestra postura contraria a dicho objeto, teniendo en cuenta que se tuvo reiteradamente dicho jurisprudencial y doctrinariamente que el PMO es un piso, no un techo obligacional.

Al atreverse el poder ejecutivo con la búsqueda del aval del poder legislativo a contrariar este temperamento seguido durante la última década, iría contra el principio de no retroactividad que tornaría internacionalmente inconveniente a la futura norma.

Si el artículo tercero de alguna forma permitía vislumbrar la intromisión de esta agencia en las tareas asignadas a la ANMAT, el artículo cuarto menciona directamente que la AGNET se pronunciará con posterioridad al dictamen de la ANMAT, presentando más cuestionamientos respecto a su verdadera utilidad.

El artículo quinto establece una serie de funciones concretas, como el análisis y revisión de información tecnológica sanitaria así como su difusión entre los servicios públicos, privados y de seguridad social; también la evaluación y difusión de recomendaciones y protocolos; la promoción de la investigación científica y el análisis y evaluación del impacto económico y social de las tecnologías sanitarias a la cobertura obligatoria. Esto último, quiere decir a nuestro criterio, que dicha “evaluación de impacto” se hará sobre los procedimientos y técnicas establecidas en el PMO.

Entre las facultades señaladas en el artículo sexto, la más preocupante es la de “tomar intervención con carácter previo a la inclusión de cualquier práctica, procedimiento o cobertura en general (...) por el PMO” ya que eso significaría el requerimiento de evaluación del procedimiento o medicamento por parte de esta agencia pasando por sobre el criterio del médico especialista que trata el caso concreto de su paciente y ordena llevar a cabo la técnica o suministro medicamentoso listado en el PMO, para luego de dicho análisis resolver sobre su admisibilidad o no.

Otra cuestión es la referida a la designación de las autoridades de la agencia estipuladas en el artículo once del proyecto, de forma directa por el Poder Ejecutivo y con permanencia en sus funciones por cuatro años, en lugar de que su elección sea por concurso público de antecedentes teniendo en cuenta que el propio artículo diez especifica la probada idoneidad y prestigio profesional que deben componer la

agencia, y por si fuera poco, la fuerza vinculante de los temas bajo su competencia para todos los organismos del Estado Nacional, las jurisdicciones que adhieran y los sujetos alcanzados por su actuación.

Seguidamente, en vista del proyecto de ley contenido en el expediente PE-82/2016 -que obtuvo dictamen de mayoría en la Comisión de Salud- se firmó un dictamen alternativo en minoría, el cual contiene algunas consideraciones; por ejemplo, al darle significado a los términos “tecnología sanitaria” y “evaluación de tecnología sanitaria” [art. 2], al cambiar el nombre de la agencia en el sentido de su federalización al denominarla “Agencia Federal de Evaluación de Tecnologías de Salud” –AFETS- descentralizándola bajo el ámbito del Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva, en lugar del Ministerio de Salud [art. 4]. Al determinar su incumbencia, se aclara que esto se efectúa en el marco de las obligaciones asumidas por nuestro país a través de los tratados y convenciones internacionales.

Luego, el artículo seis del dictamen en minoría amplía considerablemente las funciones y facultades, incluyendo la posibilidad de participación de terceros en propuestas para la evaluación de tecnologías sanitarias, emitir resoluciones para la definición de cobertura y financiamiento por parte de los financiadores del sistema priorizando a las evaluaciones solicitadas por las autoridades públicas, desarrollar guías clínicas, establecer convenios con universidades, etc., y principalmente establecer el carácter “no vinculante” de las decisiones u opiniones sobre las tecnologías de evaluación en ocasión de la celebración de audiencias públicas con los financiadores del sistema de salud del sector privado, del ámbito de la seguridad social, proveedores y productores de tecnologías, organizaciones no gubernamentales, asociaciones gremiales y asociaciones de usuarios y pacientes. Al no resultar vinculantes sus resoluciones, el artículo diez define a la agencia como órgano consultivo en los procesos judiciales.

En este último punto, entendemos que las decisiones que tome la agencia serán en el marco de discusión con otras entidades en lugar que estos dictámenes

queden bajo el exclusivo criterio de la agencia, resguardando la amplitud de consideraciones y diversos puntos de vista sobre las tecnologías a evaluar, y evidenciando la realidad del sector privado en el que los “pacientes” son verdaderos usuarios del sistema de salud conforme los diversos planes de medicina prepaga que puedan abonar.

Además este dictamen en minoría agrega en el artículo siete, “principios rectores a seguir” bregando por la equidad, la seguridad del paciente, la efectividad de los cuidados, la eficiencia de los tratamientos, la sostenibilidad de cuidados y coberturas.

El artículo ocho del dictamen en minoría indica que el carácter de las resoluciones es obligatorio para todos los entes que financian prestaciones de bienes y servicios médicos dentro del sistema de salud.

Respecto a las autoridades, se prevé que su designación sea a través de la intermediación de un concurso de oposición y antecedentes con acuerdo del Senado [art. 11] a excepción de la conformación del primer directorio que será designado sólo por el Poder Ejecutivo con duración en el cargo de cinco años, y en relación al ámbito de aplicación, el artículo diecisiete estipula que los sujetos alcanzados son la Administración Pública Nacional, las obras sociales de la ley 23.660, las obras sociales del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados y el Programa Federal de Salud, el Instituto de Obra Social de las Fuerzas Armadas creado por el Decreto 637/2013, las obras sociales universitarias de la ley 24.741, la Dirección de Ayuda Social para el personal del Congreso de la Nación, las entidades de medicina prepaga de la ley 26.682, y las obras sociales, Institutos o Direcciones de Ayuda Social de las provincias que adhieran a este proyecto de ley.

## **2. Definición de salud. Implicancias del acceso al derecho a la salud en el Estado Argentino y del proyecto de ley que crea la agencia**

La Organización Mundial de la Salud –OMS- define el concepto “salud” como “completo estado de bienestar físico, psíquico y social, y no solamente como

existencia de enfermedad o accidente”. Para Buyatti (2001) el bienestar se expresa físicamente, psíquicamente y socialmente; además el hombre como unidad psicofísica es espiritual influido por factores ambientales y la herencia; la salud es un campo en el que interactúan equipos interdisciplinarios y multisectoriales, también es un derecho humano fundamental pero también una responsabilidad individual y social de primer orden, es un valor ético moral y económico social, y está en relación con el nivel de vida y el desarrollo económico y social. (p. 135-137)

Testa (2016) refiere que el derecho a la salud viene a orientar la búsqueda de respuestas a los conflictos que plantean los avances en biotecnología y biomedicina, pero además la globalización creciente en todos los ámbitos alcanza a los desarrollos biomédicos y a su regulación legal, resultando claro actualmente que los países no pueden enfrentar de modo aislado los nuevos desafíos derivados de la medicina y de la genética, resultando imprescindible la cooperación internacional y una cierta armonización de las normas nacionales a fin de asegurar el respecto a la dignidad humana y a los derechos humanos en esta era caracterizada por avances vertiginosos.

Destaca la importancia del derecho de los pacientes como derecho de incidencia colectiva, como eje básico de relaciones médicas conforme lo señalan las organizaciones internacionales –OMS, ONU, Unión Europea, Consejo de Europa– entidades que promovieron declaraciones y sancionaron leyes y protocolos relativos a la temática.

Creemos que en definitiva, esto implica una visión del paciente como usuario o consumidor del servicio de salud, más aún desde el ámbito privado en el que se abona por dicho servicio y de acuerdo a los costos la mayor cobertura de ciertas prácticas, la mejora en la calidad de la hotelería así como de la atención, por lo que no podría confundirse en este sentido el servicio que brinda un hospital público con la atención de las medicinas prepagas o de las obras sociales.

Como analizamos, el proyecto del poder ejecutivo que crea la agencia de salud, faculta a este organismo a ser la *última ratio* en materia de prescripción de

estudios de alta tecnología, a pesar de que los médicos especialistas resultarían en cada caso que tratan, los más idóneos en la toma de decisiones concernientes a sus pacientes.

Urbina (2011) refirió que no es posible desconocer que el diagnóstico y la prescripción de los tratamientos que combatan o atenúen la dolencia es tarea de los profesionales médicos de la enfermedad en cuestión –y no de una autoridad administrativa- de quienes es impensable que prescriban una terapéutica contraproducente.

Por su parte Buyatti (2001) manifiesta que al estudiar la aplicación de la tecnología en salud se trata de poner en tela de juicio la necesidad, oportunidad y beneficio de estas prácticas. Y una de las razones para evaluar este impacto es el alto costo de la medicina altamente tecnificada cuyo gasto incrementa anualmente de forma alarmante. Por lo que en definitiva, si no se puede prescindir de los beneficios en materia tecnológica, se debe recurrir a una mejora en la eficiencia de la forma de administración de los recursos en la atención médico-hospitalaria. (p. 139-140)

Desde esta óptica, en opinión del autor, el servicio de salud privado podrá subsistir en la medida de su eficiencia y buena administración, pero en el ámbito estatal cuyo modelo de atención es el comunitario, Buyatti (2001) propone facultar a los hospitales a recurrir a la autogestión, mejorar el proceso técnico-administrativo para contribuir a la autofinanciación, pero coordinando los esfuerzos estatales con el resto de los países del Mercosur. (p. 141)

En nuestro país es de público y notorio que el servicio de salud – principalmente el público- ha decaído con efecto cascada en las últimas décadas. Y si bien se presume la existencia de las llamadas “combis sanitarias” que viajan desde los países limítrofes con extranjeros para ser atendidos en nuestros nosocomios, no se pudo comprobar dicho accionar, aunque sí la incidencia del uso de los hospitales públicos porteños por parte de extranjeros de países limítrofes, en tan sólo el siete por ciento. (Herrera, 2007)

Sin embargo, también es conocido que los pacientes son examinados con rigor para establecer su calidad de “pobres”, pero que ello no garantiza su atención puesto que el nivel de rechazo se encuentra entre el treinta y cuarenta por ciento. Los hospitales públicos entonces recurren a los reembolsos de la seguridad social, de los seguros privados y pagos adicionales, pero también de alguna manera se ven obligados a la autogestión y procedimientos humillantes, que han conducido a la disminución del uso de los hospitales públicos a la población más pobre. (Selva Sutter, 2004, p. 18)

En este punto, estamos de acuerdo con la intervención de la futura agencia en el estudio de ciertas y puntuales prácticas tecnológicas, pero no con el hecho de dotarla de la potestad para decidir sobre la procedencia del tratamiento o aplicación al paciente, ya que creemos que esa potestad le corresponde al profesional tratante, responsable de la atención médica, seguimiento, de la consideración del tratamiento que mejor calce a su paciente, así como el suministro medicamentoso.

La Federación Latinoamericana de Hospitales definió como “garantía de calidad” la implementación de un programa que garantice que cada paciente recibirá atención diagnóstica o terapéutica específicamente indicada para alcanzar un resultado óptimo, de acuerdo con los adelantos recientes de las ciencias médicas y en relación con la enfermedad, edad y régimen terapéutico asociado. (Buyatti, 2001, p. 157; Moraes Novaes, 1993, p. 85)

Ahora bien, respecto a la facultad de la agencia en la eliminación de procedimientos actualmente incluidos en el Programa Médico Obligatorio (PMO) que estipula el proyecto del poder ejecutivo, estamos de acuerdo con la jurisprudencia de alzada y de la CSJN, de estos últimos años que considera que el PMO no es un techo sino un piso prestacional. (Corte Suprema, 01/06/2000)

La Sala III de la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil y Comercial Federal integrada por los Dres. Medina, Recondo y Antelo consideraron en el fallo “J. G. c/ OSPLAD s/ sumarísimo de salud” del 16 de julio del 2015 que:

Ello sentado, y en cuanto a la verosimilitud en el derecho, si bien es cierto que el medicamento requerido por el Sr. J.B., no se encuentra incluido en el listado de medicamentos del Programa Médico Obligatorio, cabe señalar que éste fue concebido como un régimen mínimo de prestaciones que las obras sociales deben garantizar, y no resulta aceptable la implantación de un menú que reduzca las prestaciones habituales, como así también que, independientemente de la cobertura prevista en el programa, no existen patologías excluidas (ver considerandos de la Resol. 939/00 del Ministerio de Salud, modificada por Resol. 201/02).

En tales condiciones, esa limitación en la cobertura debe ser entendida como un “piso prestacional”, por lo que no puede, como principio, derivar en una afectación del derecho a la vida y a la salud de las personas -que tiene jerarquía constitucional (Corte Suprema, Fallos 323:1339)-, máxime cuando la ley 23.661 establece el otorgamiento de prestaciones de salud integrales que tiendan a la protección de la salud con el mejor nivel de calidad disponible (cfr. Sala 1, causas 630/03 del 15-4-2003 y 10.321/02 del 13-4-2004; Sala 3, causa 2216/04 del 15-11-2005 y Sala de Feria, causa 13.572/06 del 19-1-2007), siendo claro que no corresponde aquí detenerse en la consideración de razones puramente económicas pues, como lo ha precisado la Corte Suprema de Justicia de la Nación, el derecho a la vida -que incluye a la salud- es el primer derecho de la persona garantizado por la Constitución Nacional y por tratados internacionales, y constituye un valor fundamental respecto del cual los restantes valores tienen siempre carácter instrumental (Fallos 323:3229 y 324:3569).

Urbina (2011) plantea la potestad a la reivindicación del derecho a la salud contra quienes pretenden vulnerarlo, y señala la opinión de Ricardo Lorenzetti que sostiene que la definición de salud efectuada por la OMS se trata de una aspiración no operacional y que no puede ser trasladada sin retoques al plano de las prescripciones jurídicas. Al respecto la autora considera que el concepto que brinda la OMS debe ser concebido como un objetivo que debe ser perseguido por el Estado con sujeción al principio de progresividad y que el derecho a la salud debe ser entendido como un conjunto de obligaciones por parte del Estado, tendientes a asegurar el acceso de la población a las prestaciones médicas y garantizar su cumplimiento.

Ello, teniendo en cuenta que la base normativa del principio de progresividad en derechos, así como las obligaciones y garantías en la materia surgen de nuestra Constitución Nacional y de los tratados internacionales de derechos humanos con fuerza de tales comprendidos en el artículo 75 inciso 22, y la ratificación de otras

convenciones. Entre ellos, la Declaración Universal de Derechos Humanos –art. 25-, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales –art. 12-, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos –art. 7-, la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre –art. XI-, la Convención Americana sobre Derechos Humanos o Pacto de San José de Costa Rica –art. 26-, Carta de la Organización de los Estados Americanos (OEA) –art. 33-

En adición a lo expuesto, y siguiendo la opinión de la autora citada anteriormente, la sujeción al principio de progresividad implica para el Estado la obligación de avanzar hacia la plena realización del derecho a la salud y bajo este precepto no resulta viable que la agencia que se pretende crear pueda adoptar medidas regresivas que despojen, -como el caso del proyecto de ley enviado al Congreso por el poder ejecutivo- al PMO de prestaciones, tratamientos o medicamentos actualmente incluidos, a través de decisiones “vinculantes”.

Este tipo de carácter otorgado a las decisiones que emanen de la futura agencia entraría en contradicción con el artículo 116 de la Constitución Nacional que establece las atribuciones de la Corte Suprema y de los tribunales inferiores de la Nación, así como respecto del artículo 18 que estipula el derecho de acceso a la jurisdicción de los habitantes de nuestra República.

Gelli (2015) nos enseña sobre la garantía de independencia e imparcialidad que pesa sobre el juez en el artículo 18, que prevé el derecho a no ser juzgado por comisiones especiales y a no ser apartado de los jueces designados por la ley antes del hecho que motiva la causa. Nuestra Carta Magna refuerza estas garantías con la expresa prohibición al presidente de la Nación en el artículo 109 impidiendo el ejercicio de funciones judiciales, conocer de las causas pendientes o restablecer las fenecidas, y en virtud de dicha disposición se llegó incluso a plantear la inconstitucionalidad de la jurisdicción administrativa. (p. 291)

En relación al artículo 116, el autor señala que la Constitución se refiere al sometimiento de las controversias y asuntos de litigios judiciales que se inician por impulso de las partes y deben someterse al Poder Judicial federal. De las resultas,

los magistrados no deben emitir opiniones consultivas, declaraciones en abstracto o interpretaciones generales acerca del alcance de la Constitución, tratados y leyes, sino que sólo deben pronunciarse en casos concretos. De todos modos los jueces deben fundar la decisión del asunto que les fuera sometido a consideración, es decir, sobre el caso concreto. (p. 533)

Entendemos, que si la toma de decisiones en los litigios son atribución de los magistrados como representantes del Poder Judicial, el carácter vinculante de las decisiones de la futura agencia se interpondría en la resolución del juez quien no tendría cabida dentro de la controversia en tanto el organismo ya habría decidido el caso, impidiendo el acceso a la justicia a los usuarios o consumidores del servicio de salud.

Cabe agregar que la creación de la agencia de salud –conforme la redacción del proyecto del poder ejecutivo- confluye en funciones que desempeña la Administración Nacional de medicamentos, alimentos y tecnología médica (ANMAT) de acuerdo a lo establecido en el artículo 3 y 8 del Decreto 1490/1992 respecto al control y fiscalización sobre la sanidad y calidad de las drogas, productos químicos, reactivos, formas farmacéuticas, medicamentos, elementos de diagnóstico, materiales y tecnología biomédicos y todo otro producto de uso y aplicación en la medicina humana. [artículo 3, inc. a], ser contralor de las actividades, procesos y tecnologías que se realicen en función del aprovisionamiento, producción, elaboración, fraccionamiento, importación y/o exportación, depósito y comercialización de los productos, sustancias, elementos y materiales consumidos o utilizados en la medicina, alimentación y cosmética humanas [art. 3, inc. e], implementar acciones de investigación, asistencia técnica, docencia, capacitación, promoción, comunicación, difusión y toda otra actividad orientada a prevenir y resguardar la salud de la población [artículo 8, inc. h], entre otras. Atento lo cual, coincidimos con la modificación efectuada en el dictamen en minoría al proyecto inicial en lo que a funciones y delimitaciones de competencia efectúa.

Garrido Cordobera (2011) tiene dicho que en materia de salud no hay que mirar cuestiones económicas o afanes políticos coyunturales, ya que el colectivo “enfermos” y “niños” no votan, pero de sobrevivir serán los ciudadanos del mañana, y las carencias o efectos colaterales que presten harán sin duda su impacto en el sistema de salud. Además, señala que hay que tener en cuenta que la progresividad es un compromiso que se evidencia a través de leyes, programas y servicios específicos que tengan un contenido de realidad pero que nunca pueden anular el compromiso asumido de garantizar la salud a los habitantes, puesto que la solución si bien no puede ser económicamente impracticable, no puede subordinarse la respuesta a la Justicia y equidad a limitaciones económicas. (p. 6)

### **3. Conclusiones**

El proyecto de ley ingresado al Congreso bajo el número de expediente 82/2016 que crea la AGNET supone resolver los costos en materia de salud que el Poder Ejecutivo no se encuentra en posición de afrontar.

El Ministro de Salud Lemus se dirigió a los senadores y advirtió que: Rige una rapidez en la introducción de nuevas tecnologías y posibilidades de diagnóstico y terapéutica con un alto interés de la industria y los potenciales usuarios, que presionan para que sean introducidas en un uso generalizado sin que sea posible evaluar rigurosamente su impacto clínico real, sus consecuencias bioéticas y su impacto social. Hay una asignatura pendiente en esto. (Alonso, 2016)

Sin embargo, opinamos que la salud no debe asociarse a costo sino a inversión y a un bien público, y que debe recordarse que los beneficiarios del servicio de salud –público o privado- son usuarios o consumidores que entran en dicha categoría de acuerdo a la ley de defensa del consumidor que brinda una protección especial. (Casares, 2016)

Por otra parte advertimos que el cuestionamiento sobre la eficacia y necesidad en la aplicación de las nuevas tecnologías, medicamentos y procedimientos médicos que plantea el proyecto 82/2016 , funciona como argumento

para la eliminación de aquellos incluidos en el PMO, e incluso, de la posibilidad de ser otorgados a través de la decisión judicial ante el carácter de “vinculante” de las resoluciones que pudiera emitir la agencia.

Pero el defecto más importante que encontramos en dicho proyecto, es la inconvencionalidad e inconstitucionalidad al que se sometería si resulta aprobado por el Congreso con la atribución especial de poder eliminar prestaciones, medicamentos y procedimientos del PMO al contrariar el principio de no regresión o de progresividad del sistema de derechos humanos, invalidando también el principio *pro homine* aplicable al concepto de salud, que indica el deber de acudir a la norma más amplia o a la interpretación más extensiva cuando se trate de reconocer derechos protegidos e inversamente, si se trata de establecer restricciones permanentes o su supresión extraordinaria. (Garrido Cordobera, 2011, p. 11)

Pensamos que los recortes económicos que deban hacerse no pueden ni deben trasladarse a los avances tecnológicos en esta materia, lo que no implica estudiar su contenido y sus implicancias, pero sin que ello genere un detrimento del sistema de salud, perjudicando a los ciudadanos.

También creemos que los profesionales integrantes de la futura agencia no pueden ser elegidos de forma directa por el Poder Ejecutivo, sino como cualquier otro funcionario público, a través de un concurso de antecedentes e idoneidad que brinde transparencia al organismo y a la ejecutividad de sus acciones.

#### **4. Bibliografía y fuentes de información**

##### **4.1 Bibliografía**

Alonso, M. (8 de septiembre de 2016). ¿Quién pagará el costo de la salud pública? TSS, *Universidad Nacional de San Martín*. Recuperado de <http://www.unsam.edu.ar/tss/quien-pagara-el-costo-de-la-salud-publica/>

- Buyatti, O. D. (2001). La excelencia en la atención en el servicio de salud. *Bienes Públicos Mundiales. La cooperación internacional en el siglo XXI*, 133-166. México: Oxford University Press.
- Casares, M. (18 de abril de 2016). Derecho del consumidor y salud. Microjuris online, cita: MJ-DOC-9842-AR, MJD9842. Recuperado de <https://aldiaargentina.microjuris.com/2016/05/02/derecho-del-consumidor-y-salud/>
- Garrido Cordobera, L. M. R. (05 de octubre de 2011). La salud como derecho humano. *Revista La Ley online*, cita: AR/DOC/2889/2011. Recuperado de <http://www.laleyonline.com.ar>
- Gelli, M. A. (2015). *Constitución de la Nación Argentina comentada y concordada, I y II*. Buenos Aires: La Ley.
- Herrera, S. (03 de septiembre de 2007). Acusan a extranjeros de colapsar los hospitales públicos. *Minuto Uno*. Recuperado de <http://www.minutouno.com/notas/46625-acusan-extranjeros-colapsar-los-hospitales-publicos>
- Moraes Novaes, H. (1993). Implantación de programas de garantía de la calidad en los hospitales de América Latina y el Caribe. *Revista Educ. Med. Salud*, 27(3), 85-102. Recuperado de <http://saludpublica.bvsp.org.bo/textocompleto/rnsp930102.pdf>
- Selva Sutter, E. A. (junio 2004). Sistema de salud mixto neoliberal quizás abuso, engaño o torpeza, pero siempre privatización. *Revista ECA*, 668, cita: 1292554. Recuperado de <http://oceanodigital.oceano.com/Universitas/universitas.jsp>

Testa, M. (23 de noviembre de 2016). Pero... ¿Qué es la salud? ¿Estamos ante un derecho de incidencia colectiva? *Revista Jurídica de Daños*, 16.

Urbina, P. A. (2011). El derecho a la salud y su reivindicación contra quienes pretenden vulnerarlo. *Revista La Ley Buenos Aires*, 18(5), 499-505, cita: AR/DOC/460/2011. Recuperado de <http://www.laleyonline.com.ar>

#### **4.2 Fuentes de información**

Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil y Comercial Federal, sala III, “J. G. c/ OSPLAD s/ sumarísimo de salud”, sentencia del 16/07/2015. *Microjuris online*, cita: MJ-JU-M-95429-AR, MJJ95429, MJJ95429. Recuperado de <https://aldiaargentina.microjuris.com/2015/11/30/ratifican-que-el-pmo-es-un-piso-prestacional-y-no-debe-limitar-la-cobertura-de-los-beneficiarios>

Corte Suprema de Justicia de la Nación, “Asociación Benghalensis y otros c/ Estado Nacional”, sentencia del 01/06/2000, fallo 323:1339. *Revista la Ley*, 2001-B, 126.

Decreto 1490/1992, modificado por el Decreto 1886/2014. Recuperado de [http://www.anmat.gov.ar/webanmat/Legislacion/NormasGenerales/Decreto\\_1490-1992.pdf](http://www.anmat.gov.ar/webanmat/Legislacion/NormasGenerales/Decreto_1490-1992.pdf)

Dictamen en minoría, expediente PE 82/2016. Comisión de salud. Senado de la Nación.

Proyecto de ley, mensaje 75/2016, expediente PE 82/2016. (13 de julio de 2016). Agencia Nacional de Evaluación de Tecnologías de Salud –AGNET-