

EL ESTADO NACIONAL Y LAS PROVINCIAS EN EL SECTOR SALUD ARGENTINO. CAMBIOS INSTITUCIONALES Y EFECTOS EN LAS RELACIONES INTERGUBERNAMENTALES

por Valeria Serafinoff y Magdalena Chiara***

I. Introducción

El trabajo se propone analizar la trayectoria de las relaciones intergubernamentales (RIG) en Argentina para la provisión, el financiamiento y la regulación de los servicios de salud, con un foco en el subsector estatal. En el mismo se consideran los principales hitos que han afectado la interacción entre el Estado nacional y las provincias desde la configuración del sector, a inicios del siglo XX, hasta la actualidad.

Este trabajo adquiere relevancia en el contexto actual. Por un lado, durante la pandemia de COVID-19 se reclamó un incremento del papel estatal y se impulsó una dinámica en donde el Estado nacional adoptó un rol clave no sólo en la definición de los principios rectores y la coordinación de las acciones, sino también en la adquisición y distribución de los insumos. Por otro, a partir de los recientes debates sobre la desregulación y transformación estatal, las responsabilidades del Estado

* Dra. en Ciencia Política (UNSAM), Magister en Administración Pública (UBA) y Licenciada en Ciencia Política (USAL). Instituto de Investigaciones Políticas (IIP)- CONICET/ Escuela de Política y Gobierno, Universidad Nacional de San Martín (UNSAM), Argentina. E-mail: vserafinoff@unsam.edu.ar. ORCID iD: 0009-0007-6684-1266.

** Doctora en Ciencias Sociales (UBA) y Antropóloga (UBA), con estudios de posgrado en Sociología Económica y desarrollo regional y urbano. Universidad Nacional de General Sarmiento (UNGS), Argentina. ORCID ID: 0000-0002-2421-026X.

nacional y las provincias han vuelto al centro de la escena. Qué función le corresponde a cada uno y, principalmente, quién es el responsable de financiar los insumos y recursos, la tecnología biomédica y los programas resultan aspectos centrales a debatir para garantizar el acceso a la salud de toda la población, independientemente de la provincia de residencia.

Las hipótesis que guían este trabajo establecen que la presencia de presidentes fuertes y ciclos económicos ascendentes contribuyen, junto con la preferencia política del ejecutivo nacional, a explicar la puesta en marcha de procesos centralizadores. Sin embargo, estas son condiciones necesarias, pero no suficientes para explicar el avance efectivo en el proceso de incrementar la rectoría del Estado nacional. Existe una brecha entre la intención centralizadora y la efectiva consolidación de estas transformaciones en términos del balance de poder y responsabilidades.

En los procesos descentralizadores se potencia el federalismo como arreglo institucional para la coordinación y representación de los intereses territoriales. En un contexto institucional que promueve un esquema descentralizado para la administración y prestación de los servicios de salud, las etapas descentralizadoras se han activado y hecho efectivas en contextos de crisis fiscales y bajo el impulso de políticas de austeridad. No obstante, la diferente capacidad fiscal e institucional de los estados provinciales imposibilita, en distintas situaciones, la puesta en marcha de estas decisiones o limita su alcance.

La primera hipótesis se construye a partir de los estudios sobre presidencialismo (Linz 1994, Pereira et al. 2005, Bonvecchi y Scartascini 2014, Bonvecchi y Zelaznik 2017) y economía política de las reformas (Haggard y McCubins 2001, Weyland 2004). Los aportes sobre federalismo y relaciones intergubernamentales (Eaton 2004, Cabrero Mendoza y Zabaleta Solis 2009, Olmeda 2013, Moscovich y Lacroix 2023) se usaron en la construcción de las dos hipótesis, mientras que la segunda hipótesis se basa en los estudios sobre descentralización de políticas sociales (Bisang y Cetrángolo 1998, Eaton 2004, Falleti 2006, Cetrángolo 2007, Cetrángolo y Goldschmit 2013).

La siguiente sección caracteriza el sector salud en Argentina y la periodización utilizada. Posteriormente, se presentan algunas nociones conceptuales en las que se inscribe el trabajo. La cuarta sección, describe los patrones de cambio y los instrumentos empleados. Los resultados de

esta caracterización permiten, en la quinta sección, analizar los factores condicionantes de estas trayectorias y los patrones de RIG. Finalmente, las principales conclusiones alcanzadas.

II. El sector salud en Argentina

El sector salud en Argentina está asentado sobre la provisión pública de servicios brindada a todos los habitantes de forma independiente a que las personas cuenten con algún seguro social o privado. La cobertura se organiza en tres subsectores: estatal¹, de la seguridad social y privado. Cada uno con distintos entramados de reglas y actores. Se diferencian por su población objetivo, los servicios brindados y el origen de sus recursos.

El subsector estatal garantiza la cobertura a toda la población, a través de una red de establecimientos prestadores de servicios. Las instituciones públicas pueden depender de la jurisdicción nacional, provincial o municipal. El subsector de la seguridad social² incluye a las obras sociales nacionales (291) y provinciales (24), el PAMI³ y las obras sociales de regímenes especiales (36). Esta cobertura alcanza a las personas que tienen un empleo registrado o a quienes se encuentran inscritas al Régimen Simplificado para Pequeños Contribuyentes (monotributo). El subsector privado, de filiación voluntaria, está integrado por empresas de medicina prepaga (283), cooperativas (27), mutuales (220) y asociaciones civiles (40), además de considerar obras sociales con planes superadores

¹ Según los datos del Censo 2022, 35,8% de la población sólo accede a servicios de salud a través del sistema público.

² Trabajadores del mercado formal y sus grupos familiares acceden a esta cobertura. Existen obras sociales nacionales y provinciales. Las primeras reguladas a través de la Superintendencia de Servicios de Salud (organismo del Estado nacional) las segundas creadas para dar cobertura a empleados públicos en cada provincia son reguladas y controladas por cada Estado provincial.

³ El Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI) cubre a jubilados y pensionados, a partir de su creación en la década de 1970. Los beneficiarios de pensiones no contributivas (v.g. madres de siete o más hijos, personas con discapacidad y adultos mayores de 70 años en situación de pobreza) son cubiertos, desde 2005, por el Programa Incluir Salud (ex PROFE). Incluye a unos 5 millones de afiliados (18,5% de los afiliados a obras sociales) (DES 2017).

(87) y otras (17). Esta cobertura alcanza a quienes decidan pagar este tipo de cobertura en forma directa o derivar aportes. Las Aseguradoras de Riesgos del Trabajo (ART) y Aseguradoras de Siniestro de Tránsito aportan coberturas específicas y se consideran parte de este subsector⁴.

El sector es excesivamente fragmentado, segmentado y con problemas de articulación. Las diferencias entre los subsectores hacen muy difícil, en un trabajo de estas dimensiones y características, poder abordarlos en su conjunto. Por ello, el análisis se reduce al sector público, sin considerar un actor central como es PAMI y el resto de las obras sociales⁵.

La configuración del sector se basa en: i) la distribución constitucional de competencias sanitarias asignadas en forma exclusiva a las provincias, aunque se observen mutaciones en el rol asumido por el Estado nacional; ii) el derecho, también constitucional, de todos los habitantes a la provisión pública de salud, aun cuando persistan problemas de acceso y iii) la convergencia de tres niveles de gobierno (nacional, provincial y municipal) en la prestación dentro del subsector estatal, generando problemas de coordinación, eficiencia y efectividad.

Al sancionarse la Constitución en 1853-1860, las responsabilidades en materia sanitaria no fueron delegadas al nivel central, permaneciendo bajo la órbita de las provincias⁶. Este atributo es un condicionante decisivo en la distribución de responsabilidades y competencias entre los

⁴ Entre paréntesis, se detalla información sobre la cantidad de prestadores por tipo y subsector actualizada a 2022. Para mayor detalle sobre cobertura y composición de los distintos subsectores ver Ministerio de Salud (2023).

⁵ Tal como señala un evaluador anónimo, los tres subsectores se encuentran fuertemente imbricados. No desconocemos la relevancia de las decisiones regulatorias del Estado nacional sobre las obras sociales —que articulan con prestadores locales y prestan servicios en distintos territorios provinciales— y mucho menos el impacto de los servicios y condiciones de cobertura y acceso de PAMI, más aún en condiciones de envejecimiento poblacional. Claramente el rol de las autoridades provinciales de salud se encuadra en estas limitaciones, que expresan la fragmentación señalada. Sin embargo, para este estudio se ha tomado la decisión metodológica de centrarse en el subsector público.

⁶ Las provincias preexisten al Estado nacional. Por ello, las funciones no transferidas al Estado nacional se consideran responsabilidad de los estados provinciales (competencias residuales). La Asamblea Constituyente de 1853 estuvo integrada por representantes de 13 provincias, cuando en la actualidad son 23 más la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

niveles de gobierno. Entretanto, la adhesión a los pactos internacionales, incorporados en la Reforma Constitucional de 1994, otorgó al Estado nacional responsabilidades como garante del derecho a la salud, impulsando cambios legislativos centralizadores.

En cuanto a la convergencia de los tres niveles de gobierno debe considerarse que se espera la máxima autoridad nacional en materia de salud defina los lineamientos rectores del sector, establezca regulaciones y fije precios de referencia. A esta instancia, se suman las distintas autoridades provinciales, con responsabilidades vinculadas con la provisión de servicios (infraestructura y recursos humanos). La responsabilidad de los municipios varía entre las provincias y se vincula, principalmente, con la ejecución de programas y la administración de servicios bajo su responsabilidad. En consecuencia, los tres niveles de gobierno asignan, en sus presupuestos, recursos para el financiamiento de salud, aunque la distribución de fondos no incorpora ningún componente relacionado con el estado del sector ni establece metas por jurisdicción. Tampoco existe ninguna norma legal que establezca metas de porcentaje de gasto en salud en relación al producto a nivel nacional o provincial (Cetrángolo y Goldschmit 2023). Los datos sobre la composición del gasto público en salud (2017-2022) para los tres niveles de gobierno muestran que el gasto provincial es el de mayor relevancia (65,5%). El nivel nacional se encuentra alrededor del 19% para el período, aunque llega a representar 25,3% en contexto de pandemia (2021) (Ministerio de Salud 2025). Al momento de analizar las trayectorias que analizamos a continuación es necesario contemplar la centralización de la estructura tributaria, dado que 2/3 de los recursos son recaudados a nivel nacional.

El análisis realizado muestra que a lo largo del período analizado se impulsaron tanto procesos de centralización como de descentralización, en términos de la distribución de competencias y funciones. Sin embargo, estos procesos no muestran una correlación directa con las transformaciones en la composición del gasto⁷ (ver Gráfico 1). Desde 1906 y hasta fines de la década de 1950 se extienden procesos centraliza-

⁷ Como señalan Cetrángolo y Goldschmit (2023) la transferencia de funciones desde el nivel central de gobierno no siempre se ha dado con una transferencia específica de recursos destinados al financiamiento de las nuevas funciones asumidas.

dores con distintas características, aunque orientados a la configuración del sistema sanitario. Desde entonces, en consonancia con lo definido constitucionalmente, predominan los procesos descentralizadores, con algunos interregnos de mayor centralización (ver Anexo 1).

Las etapas clave y los principales procesos observados, a partir de la distribución de competencias y autoridad, en el sector salud son:

- 1906-1910: Primer proceso centralizador
- 1944-1952: Segundo proceso centralizador
- 1957-1972 y 1978-1982: Primer proceso descentralizador
- 1991-2000: Segundo proceso descentralizador
- 2002-2008⁸: Tercer proceso centralizador

Desde 2016 en adelante la referencia es a orientaciones, pues las tendencias no llegan a cristalizarse y, por la cercanía temporal, aún no es posible encuadrar claramente.

- 2016-2019: Orientación descentralizadora, que no logra estabilizarse debido a un cambio de gobierno y, fundamentalmente, por los efectos de la pandemia de COVID-19. No se modifican las principales políticas y programas impulsados en la post-crisis de 2001.
- 2020-2023: Orientación centralizadora en el contexto de COVID-19. Se profundizan las características del tercer proceso centralizador.
- 2024-actualidad: Orientación descentralizadora. Radicalización del retiro estatal, en el marco de un recorte de las funciones del Estado nacional y políticas de desregulación.

⁸ En 2010 el gobierno nacional anuncia la creación de hospitales del bicentenario, lo que podría encuadrarse como parte de este proceso centralizador. No obstante, 'habían cambiado el ministro y las condiciones macroeconómicas. La política tuvo un derrotero errático y se fueron alterando las condiciones de articulación con las provincias.

III. Federalismo, descentralización y RIGs en el análisis de las políticas de salud

Argentina es una república federal caracterizada por la existencia de múltiples y solapadas instancias de decisión: el Estado nacional, 24 estados provinciales —incluyendo la Ciudad Autónoma de Buenos Aires— y 2.304 gobiernos locales. Esto implica que ninguna política pública bajo responsabilidad de un nivel de gobierno puede ejecutarse fuera del ámbito territorial de los otros dos. Por ello, en cada acción estatal tienen a entrecruzarse distintas arenas de decisión y diferentes lógicas políticas y de gestión pública (Grandinetti et al. 2025).

Las RIG hacen referencia al conjunto de actividades e interacciones que tienen lugar entre las distintas unidades gubernamentales de un mismo Estado. Abarcan los mecanismos políticos y administrativos que regulan, organizan y, en última instancia, posibilitan una gestión pública que involucra los diferentes niveles estaduales (Wright 1997). Trascienden las pautas formales de actuación gubernamental, definiendo distintas modalidades de relación entre los diferentes niveles gubernamentales. Comprender las RIG implica indagar en los arreglos, normas, instituciones y elementos organizacionales de coordinación, gestión y control. Para analizar las RIG en el sector salud, se recupera la propuesta de Grandinetti et al. (2025) sobre los cuatro tipos de dimensiones: i) política, centrado en acuerdos y negociaciones de las máximas autoridades; ii) jurídica-constitucional; iii) institucional, referida a los espacios creados para formalizar las interacciones, promover la coordinación y ejercer el control y iv) organizacional, relacionado con instrumentos y prácticas recurrentemente utilizadas.

La modalidad de las RIG se ve afectada por todo proceso que implique una descentralización o centralización del poder, de los recursos o de las responsabilidades. Para caracterizar dichos procesos, Falleti (2006) refiere a tres ámbitos de la descentralización: i) política, considera la transferencia de autoridad y poder (autonomía subnacional); ii) fiscal, conjunto de políticas destinadas a aumentar los ingresos o la autonomía fiscal subnacional; iii) administrativa, relativa a la transferencia de funciones, administración y prestación de políticas y servicios a

los gobiernos subnacionales. Nuestro estudio se concentra en el ámbito político y administrativo.

A partir del análisis de experiencias latinoamericanas de RIG, Cabrero Mendoza y Zabaleta Solís (2009) establecen cuatro escenarios de práctica intergubernamental considerando el nivel de centralización en la hechura de las políticas y de coordinación en las RIG: i) dispersión, ii) jerárquica, iii) donante- receptor y iv) multinivel.

IV. Hitos de las RIG en el sector salud en Argentina

Los orígenes de los servicios de salud fueron predominantemente sociales (mutuales y sociedades filantrópicas) y la cuestión sanitaria no ingresa a la agenda pública hasta principios del siglo XX.

La Constitución Nacional 1853-1860 no especifica las atribuciones vinculadas con la función salud. En consecuencia, se trata de competencias no especificadas⁹ que, por lo tanto, quedan bajo jurisdicción de las provincias. El carácter residual define que los estados provinciales tengan una potestad exclusiva sobre salud, situación que dio lugar a distintos debates y que actúan como “telón de fondo” de la dinámica analizada.

El Anexo 1 resume los hitos y las orientaciones de las reformas introducidas en el sector salud, en términos de su incidencia en las RIG. Tal como se observa en la descripción de los períodos, varias de las reformas normativas que, por ejemplo, impulsaban la transferencia de hospitales a las provincias se repitieron en el tiempo, para hacerse efectivas recién en el período 1991- 2000.

IV. (a). Cambios pro centralización

En sintonía con las orientaciones de las conferencias sanitarias internacionales, en los albores del siglo XX sucede un primer proceso centra-

⁹ El Art. 104 de dicha Constitución Nacional (Art. 121 Constitución vigente) establece que “[l]as provincias conservan todo el poder no delegado por esta Constitución al Gobierno Federal, y el que expresamente se hayan reservado por pactos especiales al tiempo de su incorporación”.

lizador. Las epidemias motorizaron las demandas por la unificación de criterios y medidas adoptadas, así como la construcción de información epidemiológica.

La propagación de un conjunto de enfermedades infectocontagiosas se da en paralelo a una expansión del higienismo en la comunidad médica. Inicialmente centrado en transformar pautas culturales, gana relevancia y promueve la construcción de un sistema asistencial. Se amplía la construcción de hospitales públicos y se impulsan campañas de vacunación, la expansión de redes de agua potable y los controles sanitarios a los alimentos. En aquellos años la institucionalización estatal alrededor de la cuestión sanitaria era aún incipiente¹⁰ y el gobierno nacional desempeñaba un rol subsidiario (Katz 1993, Belmartino 2005, Golbert 2010, Arce 2010).

En este proceso se destacan tres hitos principales: i) la Ley de Previsión y Asistencia Social con la creación de la Comisión Asesora de Asilos y Hospitales Regionales (Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto); ii) la construcción de ocho hospitales y asilos destinados a pacientes crónicos por parte de dicha Comisión y iii) la sanción de la Ley de Defensa Sanitaria que autorizó la inversión del Estado nacional en la construcción de edificios, compra de material sanitario y su instalación en las provincias y territorios nacionales (Belmartino 2005, Ramacciotti 2009, Tobar 2001).

Estos procesos, dominados por una lógica tecnocrática, sentaron las bases para el desarrollo de la cuestión sanitaria en el nivel nacional. La necesidad de que el poder público penetrara en todo el territorio nacional generó tensiones con las provincias, defensoras de la autonomía que les confería la Constitución (Belmartino 2005).

Durante el primer peronismo y en un contexto de expansión económica, tiene lugar el segundo proceso centralizador (1944-1952) en el que pueden reconocerse distintos hitos vinculados con las ideas de la medicina social y que se traducen en la expansión de los servicios y la centralización del sector. La magnitud de los cambios se explica por el poder político presidencial, que hizo posible superar las limitaciones que tenía la lógica tecnocrática.

¹⁰ Hacia 1929, casi la totalidad de las ciudades capitales de las provincias contaban con un área de Asistencia Pública Municipal (Golbert 2010). A nivel nacional, el Departamento Nacional de Higiene asesoraba al Poder Ejecutivo.

Muy distintas medidas expresan el intento por la universalización de la atención, en un proceso fuertemente centralizador: i) la creación de cuatro delegaciones regionales en distintas provincias; ii) la nacionalización de establecimientos estatales desplazando a las sociedades de beneficencia de su patronato; iii) el desarrollo de un capítulo referido a salud en el Primer Plan Quinquenal (1947-1951); iv) la elaboración del Plan Analítico de Salud Pública; v) la sanción de una Ley que proponía un Proyecto Código Sanitario y de Asistencia Social; vi) la creación del Fondo Nacional de Salud y Asistencia Social¹¹; vii) la Ley de Construcción, habilitación y funcionamiento de los servicios de salud y viii) la construcción de 4.200 establecimientos que duplicó las camas disponibles en todo el país (de 66.300 a 134.218) (Arce 2010, Bloch y Belmartino 1980, Ramacciotti 2009, Veronelli y Correch 2004).

La jerarquización del papel del Estado nacional en el campo de salud se expresó también en la creación de la Secretaría de Salud Pública primero y, a partir de 1949, del Ministerio de Salud de la Nación. Tributaria del constitucionalismo social (Mecle Armiñana 2001), la Constitución Nacional aprobada en 1949 consagró el derecho a la salud (asociado al trabajo y a sus condiciones), pero no modificó el esquema de competencias entre niveles gubernamentales vigente constitucionalmente.

El Plan Económico de Austeridad de 1952 alteró los criterios y los flujos de financiamiento previstos, afectando la dinámica centralizadora que había dominado hasta entonces. El Segundo Plan Quinquenal (1952-1957) confirmó el eclipse del proyecto centralizador al incluir entre sus metas que las asociaciones sindicales desarrollaran sus propios servicios asistenciales (Ramacciotti 2009, Golbert 2010).

En el breve pero intenso periodo democrático que se abrió en 1973¹², tiene lugar un nuevo intento centralizador (1974-1975) con la aprobación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) que buscó conformar un sistema único con eje en el Estado nacional que asegurara un acceso igualitario a la salud para toda la población. No obstante, no llegó siquiera a implementarse la ley sancionada. Esta propuesta no suscitó el interés de las obras sociales y tampoco fue mayoritaria la adhesión de las provincias (Arce 2010).

¹¹ Estas dos iniciativas no llegaron a implementarse (Golbert 2010).

¹² Entre 1973 y 1976 se abre un período democrático (post golpe de 1966).

Pasados casi treinta años, un tercer proceso centralizador (2002-2008) se gesta como respuesta a una crisis económica, social y política, buscando revertir algunas de las resultantes de los procesos descentralizadores que dominaron la segunda mitad del siglo XX. La crisis en la que estaban sumergidas las provincias y las obras sociales para sostener los servicios de salud, así como la capacidad para impulsar la recuperación económica, desde el nivel central, contribuyeron a explicar esta reorientación (Rodrigañez Ricchieri y Tobar 2003, Potenza dal Masetto 2004). No obstante, debe destacarse que este movimiento no puso en cuestión la distribución de responsabilidades ni la gestión de los establecimientos. En términos presupuestarios, si se compara con la década inmediata anterior, puede observarse un incremento relativo de los fondos aportados por el Estado nacional pero no revierte la tendencia general (ver Gráfico 1).

La Emergencia Sanitaria (2002) opera como marco de referencia de distintas medidas del Ministerio de Salud de la Nación orientadas a jerarquizar su papel frente a los estados provinciales. Inicialmente, a través de la reorganización de los programas de crédito externo¹³. La aprobación del Programa de Reforma de la Atención de la Salud (Remediar), por el cual el gobierno federal garantizó la provisión de medicamentos esenciales de manera gratuita en los centros de atención primaria de la salud (CAPS) fue una pieza importante en la relación con las provincias. En 2004, el Plan Nacer/Sumar buscó garantizar la cobertura básica a través de esquemas de seguro en las provincias bajo la rectoría y el financiamiento nacional. En estos casos, los organismos multilaterales de crédito fueron actores clave en el posicionamiento de la autoridad sanitaria nacional frente a las provincias (Chiara 2018).

La jerarquización del Consejo Federal de Salud (COFESA), espacio donde están representados todos los ministros de salud de los estados provinciales, y la suscripción de distintos acuerdos federales culminaron en el año 2004 en un instrumento que institucionalizó el rol del gobierno nacional frente a las provincias. El Plan Federal de Salud (2004-2007) permitió legitimar acuerdos previos validándolos con los ministros provinciales. A medida que se fueron activando recursos, se sucedieron distintos programas que apuntaron a fortalecer la atención en patologías es-

¹³ A través del Decreto 808/02 se reformulan y redireccionan 12 préstamos del BID para solventar el Plan de Emergencia Social.

pecíficas, cobertura a grupos etarios prioritarios y el fortalecimiento de las condiciones estructurales de los servicios de salud (Potenza dal Masetto 2004, Chiara 2018). En el marco del Bicentenario se anuncia la construcción de un conjunto de centros de salud bajo la modalidad SAMIC¹⁴ En diciembre de 2015 asume un nuevo gobierno y el cambio de autoridades ministeriales en un contexto de retracción de la economía, debilitaron a estas políticas y no se llegaron a institucionalizar los cambios más allá de las reglas de juego definidas para los programas (Ase 2019).

En el marco de la pandemia de COVID-19 el sector salud cobra un rol preponderante y el Estado nacional es quien lidera, en acuerdo con las provincias, la toma de decisiones vinculadas con la movilidad y posibilidad de reunión de las personas. Entre los años 2020 y 2021, vinculado con la gestión de la pandemia, se vuelve a tener una orientación más centralizadora, situación que se debilita y hasta revierte en la práctica en los dos años siguientes en la misma gestión de gobierno. En tal sentido, se incrementó el presupuesto nacional del Ministerio de Salud y se impulsó un programa para la Emergencia Financiera provincial, con el objetivo de sostener las finanzas provinciales y cubrir las necesidades vinculadas con la gestión de la pandemia. Se desarrollaron, a nivel central, dispositivos para la detección, auto-reporte y notificación de casos, se amplió y fortaleció la red de laboratorios nacionales y se financió la construcción de 12 hospitales modulares de emergencia, sumando 840 camas para atención en la pandemia, además de centros extrahospituarios para detección, atención y vacunación. Los insumos críticos, el abastecimiento de elementos de protección y la compra de vacunas se

¹⁴ Los Servicios de Atención Médica Integrada para la Comunidad (SAMIC) fueron creados en 1967. Los hospitales que trabajan en este marco institucional tienen mayor autonomía y flexibilidad para captar y movilizar recursos. Los creados en este período son: Hospital de Alta Complejidad El Cruce en Florencio Varela (2009), Hospital de Alta Complejidad de El Calafate en provincia de Santa Cruz, Hospital Cuenca Alta en Cañuelas, Hospital Dr. Rene Favalaro en Rafael Castillo y el Hospital de Gregorio La Ferrere de La Matanza (2015) y, en el siguiente período, el Hospital de Alta Complejidad del Bicentenario en Esteban Echeverría (2023). Cuentan con cofinanciamiento del Ministerio nacional y el gobierno provincial, incluyendo a los municipios, en algunos casos. Los convenios definitivos para su puesta en marcha se demoraron varios años y se generaron varias tensiones alrededor de su instrumentación. El rol de algunos municipios ha sido clave para gestionar su creación y puesta en marcha.

realizó en forma centralizada. Asimismo, el Estado nacional controló la distribución federal de ventiladores mecánicos invasivos, en un contexto de escasez de insumos y en donde se adoptaron decisiones considerando la distribución de la población y la colaboración entre el subsector estatal y privado. Al igual que en el tercer período centralizador, se observa un fuerte rol del COFESA.

IV. (b). Cambios hacia la descentralización

El intento más importante por constituir un sistema universal y centralizado promediando el siglo XX, fue sucedido de manera casi inmediata por un primer proceso descentralizador (1957-1972) que va a continuar, luego de un corto intervalo, en 1978-1982. Estas iniciativas fueron contemporáneas con el desarrollo de las instituciones de la seguridad social asociadas a la condición del trabajador. Los hitos principales fueron: i) la obligatoriedad de afiliación de cada trabajador a la obra social correspondiente a su rama de actividad; ii) la creación del Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS); iii) del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP); y iv) la creación de los Servicios de Atención Médica Integrada para la Comunidad (SAMIC) como forma de insertar a los hospitales estatales también en esos procesos (Bisang y Cetrángolo 1998, Katz et al. 1993)¹⁵.

Debe destacarse que esta corriente descentralizadora fue reflejo de las tendencias que las organizaciones sanitarias internacionales promovían a mediados del siglo XX. Incluso, la primera transferencia de hospitales a las provincias fue impulsada por el Informe técnico acerca de la situación de los hospitales que realizó una misión de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en 1957. Aunque al año siguiente se retrotrajo, la Ley del Presupuesto de 1962 terminó de definir la transferencia de los primeros hospitales a cuatro provincias¹⁶. En la década

¹⁵ Una lectura transversal entre subsectores (estatal y de la seguridad social) podría indicar que coexistieron medidas en direcciones opuestas.

¹⁶ Santa Cruz, Formosa, Tucumán y Córdoba (Ley 16.432). La Ley N° 18.586 (1968) enmarca los convenios de reciprocidad suscriptos con otras provincias (Repetto et al. 2001).

siguiente, se completó la transferencia de los 65 establecimientos restantes a otras ocho provincias (entre 1970 y 1978) (Katz et al.1993, Arce 2010). En tal sentido, la importancia de las tendencias internacionales podría ser considerada como variable interviniente de los procesos de descentralización, pues actúa como complemento de las variables domésticas vinculadas con la necesidad de ajustar las cuentas nacionales.

Estos procesos estuvieron acompañados por distintos intentos de coordinación que culminaron con la creación del COFESA (1981). El segundo proceso descentralizador (1991- 2000) cierra un ciclo abierto en 1957, recuperando los instrumentos desplegados durante el primer proceso. Se profundizaron procesos previos y confirmó el interés del gobierno central por aliviar el déficit fiscal y concluir con la transferencia de establecimientos a las provincias. En esta década se completó el proceso de descentralización de los hospitales nacionales, iniciado décadas atrás¹⁷ (Bisang y Cetrángolo 1998, Cetrángolo y Jiménez 2004, Arce 2010). Al igual que en el proceso anterior, la transferencia de establecimientos se fundamentó en objetivos fiscales y financieros.

En términos de la relación entre nación y provincias, en octubre de 1991 se firma un Acuerdo Federal que establece que el:

Estado nacional, en coordinación con todas las jurisdicciones, deberá fortalecer su función de orientador, conductor general del sistema, articulador y distribuidor de recursos.

Deberá tender a adecuar su estructura administrativa y contribuir al fortalecimiento de la capacidad de gestión de los estados provinciales como también restablecer su condición de soporte técnico (COFESA 1991: 6).

En este período se crea el Registro Nacional de Hospitales Públicos de Autogestión (HPA) que consagró la autonomía de los hospitales para facturar a las obras sociales y celebrar acuerdos con instituciones de la seguridad social. Esta política fue impulsada para enfrentar los problemas financieros que se abrían en los establecimientos. De esta forma, la auto-

¹⁷ La Ley de Presupuesto de 1991, facultó al Poder Ejecutivo a transferir los últimos hospitales públicos nacionales a las provincias: 20 establecimientos (Cetrángolo 2015). En tanto, el gasto público de salud realizado por el nivel nacional se redujo 5,27% entre 1991 y 1992 (datos de gasto público consolidado para el período 1980-1997 elaborados por Repetto et al. 2001: 18).

ridad sanitaria nacional buscaba trasladar paulatinamente el tradicional subsidio a la oferta hacia un subsidio a la demanda de la población sin cobertura médica. El esquema impulsado y distintas acciones que se sucedieron tuvieron consecuencias en la fragmentación y segmentación del sector, promoviendo distintas formas de autofinanciamiento (Arce 2010).

Otra iniciativa apuntó a fortalecer las autonomías provinciales bajo el modelo de seguro. El Programa de Reforma del Sector Salud (PRESSAL) promovió la conformación de seguros provinciales de salud. La adopción de estas iniciativas por parte de las provincias era condición de posibilidad para que pudieran recibir, de manera directa, Préstamos de Reforma Provincial (PRL) (Maceira, Cejas y Olaviaga 2010).

En este contexto sorprende que la Reforma de la Constitución Nacional del año 1994 reconozca la tutela y protección de la salud a través de dos vías protectoras: i) la afirmación del derecho de los consumidores y usuarios de bienes y servicios a la protección de la salud y la seguridad (Art. 42) y ii) la jerarquía constitucional de un conjunto de declaraciones y tratados internacionales de derechos humanos (Art. 75) (Abramovich y Pautassi 2008). Estos cambios se dieron sin modificar la distribución de potestades originalmente establecidas en la Constitución, por lo que se abrió una tensión institucional entre la garantía del derecho a la salud como responsabilidad del Estado nacional y la autonomía de las provincias para determinar los contenidos, alcances y el establecimiento de los modos de organización de los servicios bajo su órbita.

El gobierno que asume en 2016 impulsa ciertas decisiones que insinúan una orientación descentralizadora (2016-2019). La Cobertura Universal de Salud es una propuesta que, si bien se implementó parcialmente y en pocas provincias, esbozó un horizonte reformista orientada a que la población con cobertura pública exclusiva es la destinataria de los servicios estatales de salud, determina paquetes prestacionales básicos y apuesta a la autonomía y responsabilización de las provincias para el desarrollo de la estructura de los seguros.

En 2016 se discontinúan y reducen las entregas de insumos críticos de los programas nacionales, elemento clave del tercer proceso centralizador que antecede a esta etapa (Chiara 2019, Ase 2019). Como contrapunto, en 2017 se crea el Plan Nacional de Prevención del Embarazo no Intencional en la Adolescencia (ENIA) que promueve una estrategia

nacional que articula distintas iniciativas y programas preexistentes impulsando la creación de equipos a nivel territorial, otorgando recursos y motorizando distintas prácticas cooperativas de gestión (Ceriani y Kanterevicz 2019, Ase 2019).

En diciembre de 2023 asume el gobierno libertario de Javier Milei. La irrupción de la gestión libertaria implicó, desde sus comienzos, el recorte extremo de funciones esenciales del Estado, fundamentalmente, en materia social y regulatoria. La plataforma electoral de La Libertad Avanza establecía tres etapas de reforma: 1) fuerte recorte del gasto público, reforma tributaria y flexibilización laboral; 2) reforma previsional, achicamiento del Estado y eliminación progresiva los planes sociales y 3) reforma profunda del sector de salud con impulso del privado, reforma del sistema educativo y la ampliación de un sistema de seguridad, así como la eliminación de la coparticipación. En dicho marco, parecería consolidarse una orientación descentralizadora: declaraciones de las máximas autoridades, presentaciones en el COFESA, decisiones asociadas con el cierre de programas y el retiro del Estado nacional de los procesos de compras de insumos y tecnología biomédica, parecen ir en este sentido.

En una de las pocas declaraciones públicas realizadas, el Ministro de Salud¹⁸ señaló que “desde que se creó el país, hubo dos actividades que las provincias nunca habían cedido a la Nación: la educación y la salud. Sin embargo, durante los últimos 50 años los gobernantes de turno se acostumbraron a pedir soluciones a la Nación porque resultaba más fácil. Se llenaban la boca hablando del sistema público que teníamos, pero ninguno invertía para mejorarlo”¹⁹. En su discurso planteó la necesidad de “volver a los orígenes” y trasladar a las provincias la gestión de hospitales nacionales.

¹⁸ Mario Lugones, quien asumió el 27/09/24.

¹⁹ En la Reunión de la Cámara de Empresarios Estadounidenses (Amcham 20/05/25). Gacetilla oficial, DE: <https://www.argentina.gob.ar/noticias/lugones-encontramos-un-sistema-de-salud-en-terapia-intensiva-debido-anos-de-desmanejo-y>).

Según se indica en fuentes periodísticas en esa misma reunión señaló que el modelo sanitario argentino colapsó no por falta de recursos, sino por la “hipocresía” de décadas: “Los gobernadores se llenaban la boca hablando del sistema regio, pero no invertían nada. Era mucho más fácil venir a pedirle plata a la Nación”. *El DiarioAR*, 21/05/25 “El populismo tiene que desaparecer”, nota de Pedro Lacour.

Las presentaciones en el COFESA de las autoridades nacionales perfilan un rol del Estado nacional centrado en un papel supletorio. “Las provincias continuarán con sus responsabilidades establecidas constitucionalmente asumiendo un mayor protagonismo en virtud de sus autonomías en materia sanitaria. El Ministerio de Salud de la Nación, como órgano rector y en cumplimiento de una estrategia complementaria, promoverá nuevas alternativas para la adquisición de insumos y medicamentos para que las jurisdicciones puedan replicar en sus territorios” (Acta COFESA 1 2025:8). La noción de complementación o del rol suplementario del Estado nacional está presente en distintas declaraciones vinculadas, por ejemplo, con la compra de vacunas (enero 2025) o tecnología de salud (octubre 2024). En tal sentido, se sostiene que “las definiciones y estrategias sobre las compras de tecnología de salud son exclusivamente provinciales y no requieren de una coordinación interjurisdiccional” (Acta COFESA octubre 2024). Se promueve un cambio a “compras sincrónicas”, donde el Estado nacional avisa sobre la compra por si las provincias quieren sumarse. También se incentiva la posibilidad de las provincias de endeudamiento provincial para la adquisición de equipamiento y digitalización.

La reducción del gasto público es nuevamente el eje que articula las decisiones orientadas a la descentralización del sector. Sin embargo, a diferencia de los procesos descentralizadores previos, no aparece esta vez ningún horizonte de reforma que defina la responsabilidad del Estado nacional en la garantía del derecho a la salud, tal como está definido a partir de la reforma de 1994. Dado que la centralización (2002-2008) estuvo asociada con la creación de programas de financiamiento nacional y una mayor presencia de este nivel estadual en los territorios, varias decisiones se orientaron a discontinuarlos, reducir el presupuesto asignado o eliminarlos. Se dieron de baja, las becas de médicos comunitarios, el programa salud investiga y municipios y comunidades saludables; se redujo a un tercio la provisión de medicamentos esenciales (Remediar)²⁰. También se discontinuaron acciones territoriales, así como el traspaso y reagrupamiento de programas, hospitales, habilitaciones y matrícula-

²⁰ Entre primer semestre 2024 y 2025, medido en cantidad de tratamientos según datos oficiales. https://sir-medicamentos.msal.gov.ar/SIR_R/Indicadores_de_Gestion.aspx.

ciones (Ejes de Gestión, Secretaría de Gestión Administrativa, COFESA octubre 2024:5). Frente a algunos cuestionamientos de autoridades provinciales, el ministro nacional señaló que existe una “necesidad de que los conflictos provinciales sean resueltos en cada provincia” restando responsabilidad al Estado nacional.

Un informe del CEPA (2025.b) concluye que la reducción de la presencia del Estado nacional en la prestación de salud se observa también en la interrupción de la entrega de tratamientos esenciales (inmunosupresores y fármacos oncológicos) y en faltantes generalizados de anticonceptivos, antirretrovirales, reactivos de laboratorio e insumos básicos en hospitales públicos²¹, incumpliendo con la legislación vigente. El repliegue del Estado nacional también se observa en la disolución del Instituto Nacional del Cáncer (INC)²², en la interrupción del Programa Nacional de Cuidados Paliativos²³ y en la intervención y reducción presupuestaria en el Hospital Especializado en Salud Mental y Adicciones, Laura Bonaparte²⁴. Por su parte, el Hospital Garrahan, principal centro pediátrico de alta complejidad, sufre recortes administrativos, congelamiento de salarios y reducción de partidas presupuestarias. Otros hospitales nacionales de referencia sufrieron una importante subejecución en 2024: Posadas, Carrillo y Sommer (CEPA 2025b). Asimismo, se eliminó la

²¹ Se observan notables ajustes en su ejecución entre 2023 y 2024 (CEPA 2025b). El Programa de Respuesta al VIH, Infecciones de Transmisión Sexual, Hepatitis Virales, Tuberculosis y Lepra tuvo un recorte del 47%. En el programa Abordaje de Curso de Vida el recorte fue del 61%. Por otra parte, programas como Acceso a Medicamentos, Insumos y Tecnología Médica reporta una caída en su ejecución del 5%. Otros programas también tienen un muy bajo nivel de ejecución. Resaltan los programas de Atención Sanitaria en el Territorio (-96%) y el Fortalecimiento del Sistema Público de Salud (-51%). Además, los programas de Prevención de enfermedades tienen caídas de entre el 6% y 82%.

²² Res. 1782/25. Entre noviembre de 2023 y marzo de 2025 se redujo un 38,3% su planta de personal (CEPA 2025a). En 2024 contó con un 55% menos de los recursos que en 2023 (CEPA 2025b).

²³ Desde agosto del 2024, la mayoría de las provincias se hacen cargo de la compra de diferentes analgésicos opioides. DE: <https://aamycp.com.ar/precupacion-inc-cuidados-paliativos>.

²⁴ Entre noviembre de 2023 y marzo de 2025 se redujo un 37,8% su planta de personal (CEPA 2025a). En 2024 contó con un 25,5% menos de los recursos que en 2023. (CEPA 2025b). Las modificaciones en el Bonaparte son previas a un anuncio de cierre.

Coordinación Nacional de Tuberculosis y Lepra y se unificaron las acciones en una Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis virales y tuberculosis.

Entre 2024 y 2025 se abre un proceso que radicaliza las condiciones de descentralización del sector, fundado en cinco atributos: i) una lectura limitada del texto constitucional que insiste en la potestad de las provincias en relación a la salud, omitiendo la responsabilidad constitucional que tiene el Estado nacional a partir de la reforma de 1994; ii) la predominancia del ajuste fiscal como único vector de los cambios; iii) la ausencia de una mirada sobre el impacto de las inequidades territoriales en el sector que atentan contra la noción de derecho a la salud y iv) la inexistencia de un horizonte de reforma sectorial, lo que lo diferencia de procesos centralizadores previos.

IV. (c). Instrumentos usados e impacto en las RIG

El carácter provincial de la potestad sanitaria opera como un facilitador para la descentralización, a la vez que condiciona la consolidación de los procesos de centralización.

El análisis de las distintas etapas permite concluir que los procesos centralizadores dependen de la capacidad financiera del Estado nacional (ciclo económico expansivo). Por su parte, los momentos de crisis que se inician, en los últimos años de cada una de estas etapas, parecen preparar el terreno a respuestas descentralizadoras (Eaton 2004, Olmeda 2013, Moscovich y Lacroix Eussler 2023). En los procesos que siguieron, se pone en cuestionamiento la decisión de centralizar, considerando la necesidad de ampliar autonomías provinciales en la administración de establecimientos.

En los procesos de centralización del sector los instrumentos más utilizados fueron la construcción de infraestructura (hospitales y centros de salud) y la dotación de equipamiento, ambos vinculados con la provisión de financiamiento para hacer frente a los desafíos de la prestación²⁵.

²⁵ La construcción de infraestructura es evidente en el primer y segundo proceso centralizador. Durante el primer proceso, se propuso habilitar 7.000 camas en 25 años, así como la creación de 4 hospitales. Durante el segundo proceso,

A través de estas medidas se opera, en algunas ocasiones, sobre la orientación del gasto provincial (debido a la responsabilidad de garantizar los recursos humanos).

Las leyes nacionales que consagran derechos de grupos poblacionales específicos han sido también instrumentos que obligan a las provincias pero que, en la mayor parte de los casos, requieren de su adhesión. En tal sentido, los programas nacionales han sido instrumentos clave para la efectiva puesta en marcha de estas decisiones y de otras importantes, no amparadas por legislación nacional. La dinámica en contextos de retracción del Estado nacional (2016-2019) y a partir de 2024 muestra la fragilidad de estos instrumentos.

Los cambios constitucionales (1949 y 1994) fueron instrumentos tendientes hacia la garantía del derecho a la salud, pero no propusieron la modificación en el esquema de distribución de competencias.

Los procesos descentralizadores usaron la transferencia de servicios de salud a través de los presupuestos como instrumento predominante, a la vez que apelaron a estrategias menos explícitas, pero con alto impacto, como es el desfinanciamiento de programas nacionales y la degradación institucional de la autoridad sanitaria nacional.

V. Análisis de los factores condicionantes y determinantes de las RIG

En países con fuertes inequidades territoriales como Argentina, el ejercicio de analizar las relaciones entre el Estado nacional y los provinciales en las políticas de salud enfrenta, al menos, dos desafíos. En primer lugar, la canasta de bienes y servicios comprometidos es diversa y, a lo largo de la historia, fue requiriendo de una mayor y compleja articulación. A mediados del siglo XX, con la jerarquización de la tecnología en los procesos de atención médica y la mayor descentralización, se refuerza la necesidad de un mayor intercambio y articulación para garantizar la calidad de los servicios. En segundo lugar, las brechas de inequidad

se duplica la cantidad de camas en el país (Katz 1993). La dotación de equipamiento ocupa un lugar clave durante el tercer proceso centralizador, por la jerarquización de la tecnología en la atención (Chiara 2018).

entre territorios se reproducen por la acción combinada de factores tales como la capacidad institucional provincial, la dotación y formación de profesionales de las ciencias médicas, el acceso a la tecnología y a los medicamentos, así como por la posibilidad de dotar y mantener el equipamiento y la infraestructura (Centrángolo 2007, Centrángolo y Goldschmit 2013).

El encuadre constitucional de origen condicionó las dinámicas posteriores favoreciendo procesos descentralizadores. Esta orientación se manifiesta en que en ningún momento, incluso cuando se construyeron nuevos hospitales en la segunda década del siglo XXI, se puso en discusión la administración de los establecimientos ni la provisión de los servicios como responsabilidad de las provincias. El fortalecimiento de espacios como el COFESA es fundamental para la coordinación intergubernamental en un sector con esta configuración²⁶.

Un factor recurrente en los distintos procesos *descentralizadores* que se sucedieron en la segunda mitad del siglo XX, fueron las políticas de recorte del gasto público implementadas por el Estado nacional. No sólo habilitaron los procesos de descentralización, sino que fueron determinantes de su derrotero. Esos procesos se realizaron sin prestar atención a la conformación y dinámica sectorial ni a las necesidades de coordinación (Bisang y Cetrángolo 1998).

El primer (e intenso) proceso descentralizador (1957-1972 y 1978-1982) promovió, por una parte, el surgimiento de nuevos actores en el nivel subnacional y, por la otra, la autonomía relativa de estos actores estuvo fuertemente condicionada por las restricciones fiscales de cada provincia, así como por la propia dinámica general del sector. En consecuencia, los procesos descentralizadores dieron como resultado políticas sanitarias muy diferentes y modelaron estructuras sanitarias diversas y desiguales entre los territorios (Chiara 2018).

Cabe destacar que la fuerza de este primer proceso descentralizador se combinó y retroalimentó con dos procesos del campo de salud que se dieron en simultáneo en el último tercio del siglo XX: i) la jerarquización de la tecnología en los procesos de atención, con severas consecuencias sobre los establecimientos estatales, y ii) la conformación y

²⁶ La activación del COFESA está asociado con el tipo de liderazgo nacional, más que con la centralización/descentralización.

robustecimiento del subsector de la seguridad social, dependiente de las asociaciones sindicales y basado en un modelo sanitario de tipo retributivo, financiado por los aportes del Estado y de los trabajadores. Las consecuencias de este proceso descentralizador fueron, primero, la dificultad de los establecimientos estatales (casi en su totalidad bajo la órbita subnacional) de mantener actualizado el equipamiento y los insumos (Katz 1993) y, segundo, la articulación de los actores de la profesión médica en el subsector de la seguridad social (Belmartino 2005).

Los resultados de este proceso descentralizador configuran una arquitectura institucional determinada que no entra en tensión ni es cuestionada posteriormente, incluso por procesos centralizadores. Luego del segundo proceso descentralizador (1991-2000), la expansión de la estructura sanitaria se produce por iniciativa de los estados subnacionales. Por ello, el esfuerzo centralizador del período 2002-2008 buscó recuperar capacidad de organización a través de intentar mejorar las condiciones de acceso en un contexto caracterizado, al menos inicialmente, por una reducción en el acceso al subsector privado o de la seguridad social por parte de la población²⁷ y un fuerte endeudamiento de las provincias en el marco de la emergencia sanitaria²⁸. Este tercer proceso centralizador y las políticas que posteriormente se adoptaron con dicha orientación no cuestionaron el fundamento descentralizador en relación a la responsabilidad acerca de la provisión de servicios, pero jerarquizaron la responsabilidad nacional para garantizar el derecho a la salud del conjunto de la población, poniendo en agenda las brechas territoriales.

El análisis de los procesos descentralizadores en el sector salud permite observar que cuando estas políticas son implementadas en forma radical y con una repentina transferencia de servicios que no contempla

²⁷ Con una mayor demanda de servicios al subsector público.

²⁸ En 2002-2003, en el marco del Diálogo Argentino: sector salud, se promovió un diálogo amplio para la generación de consensos. En esos años, se fortaleció el COFESA para impulsar en forma rápida medidas por consenso frente a la emergencia. En 2003 se alcanzó el Acuerdo Sanitario Federal de San Nicolás de los Arroyos que sentó las bases para el Plan Federal 2004-2007. Dicho Plan establece como desafíos centrales dos aspectos que refieren a la equidad en el acceso de la población a los servicios y, por lo tanto, se encuadran una serie de decisiones que terminarían potenciando el rol del Estado nacional. Para más detalle ver el Plan Federal 2004-2007.

su financiamiento ni la creación de capacidades institucionales a nivel provincial, se exponen las desigualdades en la calidad y en el acceso a los servicios, golpeando más crudamente a aquellas jurisdicciones cuya población depende más de los establecimientos estatales.

En cuanto a la puesta en marcha de procesos de centralización, una lectura transversal de todo el período permite identificar tres factores que contribuyen a explicarlos: i) la presencia de presidentes fuertes, ii) el contexto de ciclos económicos ascendentes y iii) la preferencia política del Ejecutivo nacional. Sin embargo, la historia muestra que estos factores son insuficientes para explicar el avance efectivo en dichos procesos debido a las brechas de implementación.

Por la canasta de bienes y servicios que definen al sector, su fragmentación y complejidad, una medida no es suficiente para analizar la dinámica de interacciones en el Estado nacional y los estados provinciales. Así, la autoridad sanitaria nacional no puede reclamar para sí el monopolio institucional sobre la cuestión, aun cuando aporte recursos críticos (insumos, infraestructura sanitaria o equipamiento) para la provisión, financiamiento y regulación del servicio. Por ello, el liderazgo de la autoridad sanitaria nacional²⁹ es un factor complementario a la presencia de presidentes fuertes que expresan interés en el sector. Identificar qué recursos y/o regulaciones son críticos para orientar a un sector tan fragmentado es parte de la capacidad de liderazgo de esa autoridad sanitaria.

Dados los atributos del federalismo sanitario, otro factor que contribuye a una implementación efectiva de las medidas centralizadoras es que los estados subnacionales no ejerzan su capacidad de veto (Olmeda 2013). Los gobernadores no han vetado las medidas centralizadoras cuando se tomaron decisiones que afectaron al conjunto de jurisdicciones (aun cuando no hubieran sido negociadas) frente a una manifiesta necesidad de recursos que configura situaciones de urgencia³⁰. Así, las

²⁹ Observable en la capacidad rectora del organismo a nivel nacional, pero también asociada con la legitimidad y el reconocimiento de quién lidera el Ministerio de Salud. La capacidad técnica y el reconocimiento por parte de las autoridades sanitarias provinciales, sumado a la capacidad política de ministros como Ramón Carrillo (1946-1954) y Ginés González García (2002-2007 y 2019-2021) han resultado centrales.

³⁰ El Acuerdo que da lugar al Plan Federal de Salud 2002-2007 es una muestra de la forma en que la necesidad opera condicionando el no veto o el apoyo a

necesidades de financiamiento han sido elementos que permitieron imponer la preferencia central en materia de política sanitaria. Las crisis fueron un factor coadyuvante de la centralización, especialmente cuando desde el Estado nacional fue posible movilizar recursos³¹.

Concentrando la atención en las autoridades sanitarias, se observa que la construcción de comunidades epistémicas ha sido un factor que contribuyó a reducir las posibilidades de veto (Rey 2013)³². Vinculado a esto, la capacidad para construir un horizonte común es otro factor que interviene. Los instrumentos de planificación y las dinámicas de trabajo en los escenarios de coordinación intergubernamental cumplieron un papel fundamental en una efectiva centralización. Incrementada la capacidad de planificación, mejoran las condiciones para la construcción de sistemas de información integrados y un seguimiento de las políticas. El papel que asumen los organismos multilaterales de crédito en la implementación de programas también contribuye a legitimar, bajo ciertas condiciones endógenas, el rol rector y cierta capacidad sancionatoria del nivel central. Esto se ha visto especialmente a través de los programas implementados post-2002 (Remediar, Nacer/Sumar y ENIA).

Finalmente, la asignación sostenida de recursos desde el nivel central es una condición necesaria para que los instrumentos centralizadores se implementen en forma efectiva. Como pudo observarse, el retiro de fondos nacionales va acompañado de una inmediata reconfiguración descentralizadora y una pérdida de la capacidad rectora.

procesos centralizadores. Lo mismo podría señalarse respecto de la necesidad de ampliar la red de establecimientos y camas alrededor del segundo proceso centralizador.

³¹ En el tercer proceso centralizador va a ser clave la posibilidad de reorganizar los programas de crédito externo en el marco de la Emergencia Social (Decreto 808/02). En el segundo proceso centralizador, se asignaron mayores recursos del Tesoro Nacional y se sumaron los fondos de seguridad social.

³² En este sentido, es interesante indagar en el rol de la Fundación Instituto de la Salud, Medio Ambiente, Economía y Sociedad (ISALUD) fundada en 1991 por quien luego sería Ministro de Salud en procesos centralizadores: Ginés Gonzales García. Esta institución tuvo un rol clave en la formación de posgrado y en la organización de seminarios y ciclos de debate de los que participaron quienes ocuparían roles de relevancia en la gestión sanitaria a nivel nacional y en las provincias.

VI. Conclusiones

La preferencia política del ejecutivo nacional, expresada a través del presidente y la autoridad sanitaria, junto con la etapa del ciclo económico (expansivo o recesivo) define la implementación de políticas centralizadoras o descentralizadoras en el sector salud en Argentina.

Dado que la red de prestadores estatales depende mayoritariamente y bajo distintas combinaciones de las provincias (y también los municipios), las desigualdades entre territorios impactan de manera directa en las condiciones bajo las cuales se proveen los servicios de salud. En este contexto, los programas a cargo del gobierno nacional intentan cumplir un papel fundamental en igualar las condiciones de acceso y los umbrales de calidad en la provisión. La definición de las normas de atención, la entrega regular de medicamentos esenciales, drogas de alto costo, equipamiento médico y no médico, las transferencias asociadas a resultados y las mejoras de la infraestructura en centros de atención primaria y hospitales han intentado generar condiciones más equitativas para el acceso a la salud de poblaciones en territorios con condiciones muy desiguales.

La matriz constitucional establece que la potestad sanitaria es provincial y esto no ha sido puesto en discusión más que por un breve interregno. No obstante, la Reforma de 1994 incorpora el reconocimiento de la tutela y protección de la salud, a través de los tratados internacionales. Este cambio y sus consecuencias en materia de judicialización de las decisiones tensionaron el alcance y el modo de organización del sector, además de establecer la responsabilidad del Estado nacional como garante del derecho a la salud.

Los procesos descentralizadores se impulsan y profundizan en contextos de crisis económica e implementación de políticas de recorte del gasto público y austeridad. Dado que la arquitectura institucional y las particularidades del sector promueven un esquema más descentralizado, la puesta en marcha de políticas descentralizadoras en el sector salud no parecen requerir de presidentes particularmente fuertes ni tampoco son una expresión de la debilidad de estos³³. En estos procesos, parece

³³ Durante los gobiernos *de facto* que se sucedieron durante el primer proceso descentralizador (16 de los 20 años en que se extendió la etapa) los representantes

ser más relevante considerar las capacidades estatales, pero también la fortaleza en la negociación de las provincias.

La puesta en marcha de procesos centralizadores supone la presencia de presidentes fuertes, el liderazgo de autoridad sanitaria nacional, ciclos económicos ascendentes y la preferencia política del ejecutivo nacional. No obstante, son insuficientes para explicar la implementación efectiva de estas políticas. Otros tres factores desempeñan un rol clave para la centralización en el sector salud: i) la asignación sostenida de recursos desde el ejecutivo nacional, ii) la capacidad de veto no ejercida por las autoridades provinciales (asociada con la disponibilidad de recursos, la urgencia de la necesidad, el liderazgo político y una mirada común sobre la cuestión) y iii) la necesidad de tecnología (y recursos incrementales del nivel central) para brindar servicios.

A partir de la centralización en la hechura de las políticas públicas y el modo de coordinación de las RIG se constituyen distintos modelos de interacción entre el Estado nacional y las provincias (Cabrero Mendoza y Zabaleta Solís 2009). En Argentina se observa que los principales instrumentos cooperativos (COFESA y programas) se activan en procesos centralizadores, buscando recrear un modelo de gobierno multinivel aunque, generalmente, el patrón de interacción es más asimilable a un modelo de coordinación jerárquica –intentando controlar con la hechura de políticas todo el proceso intergubernamental- o donante- receptor –de mutua interdependencia pero que llegan en forma fragmentada y desintegrada a los usuarios-.

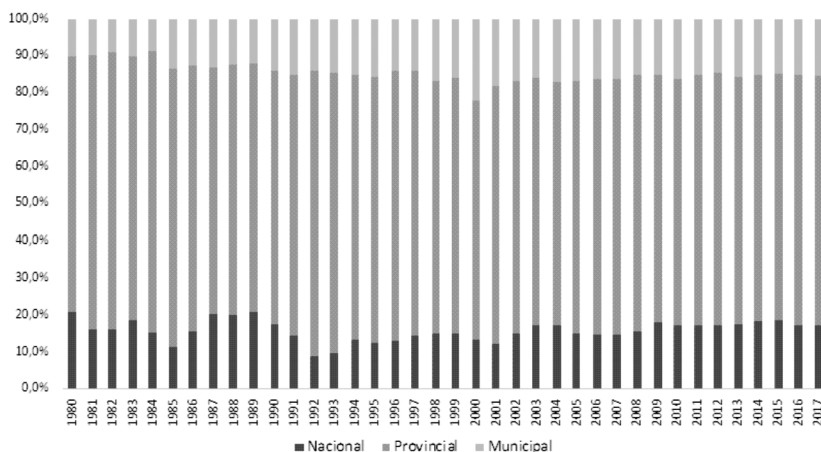
El riesgo del modelo de descentralización que se impulsa en la actualidad (2024-2025) es que el Estado nacional busca “deshacerse” de funciones para transferir los costos y responsabilidades a otros niveles de gobierno. Este esquema promueve la dispersión de las responsabilidades, la falta de sinergia y previsión, así como la fragmentación, aun cuando

provinciales eran delegados del ejecutivo nacional. Sin embargo, la descentralización impulsada se vió demorada en términos de las dificultades efectivas para transferir los establecimientos a jurisdicciones que no contaban con los recursos para hacer frente a esta nueva responsabilidad. La magnitud de la crisis en 1989-1991 sumado a la fortaleza política de un presidente electo con un alto apoyo electoral y que asumió anticipadamente parecen consolidar las condiciones para avanzar en la descentralización. Lo mismo puede sugerirse respecto del proceso que se abre en 2024.

se mantiene reuniones regulares en el COFESA. El escaso avance en la descentralización fiscal y la fuerte concentración en la recaudación asfixia a los gobiernos provinciales, impactando en la reducción y calidad de los servicios de salud. El proceso es reciente y la dimensión jurídico-institucional expresa poco de lo enunciado por las autoridades políticas nacionales. Al mismo tiempo, la ausencia de presupuestos aprobados y de derogaciones o modificaciones en los programas impide hacer un seguimiento detallado que permita contrastar lo señalado por los actores en los distintos niveles de gobierno.

GRÁFICO I

Evolución del gasto en atención pública de la salud en Argentina según nivel de gobierno, 1980-2017



Fuente: Centrángolo y Goldschmit (2023) a partir de información del Ministerio de Economía.

ANEXO I

Principales hitos en las políticas y gestión de salud en Argentina

Período	Orientación	Hitos principales
1906-1910	Centralizadora	Ley 4.953/1906 crea la Comisión Asesora de Asilos y Hospitales Regionales. Construcción de ocho hospitales y asilos destinados a pacientes crónicos. Ley de Defensa Sanitaria 7.444/1910. Campañas de vacunación.
1944-1952	Centralizadora ⁱ	Creación de cuatro delegaciones regionales. Nacionalización de establecimientos estatales desplazando a las sociedades de beneficencia de su patronato. Desarrollo de un capítulo referido a salud en el Primer Plan Quinquenal (1947-1951) y la elaboración del Plan Analítico de Salud Pública (1947). Ley Nacional 13.012/1947. Ley Nacional 13.019/1948. Construcción de 4200 establecimientos duplicando las camas disponibles (de 66.300 a 134.218 en 1954).
1957-1972 1978-1982	Descentralizadora ⁱⁱ	Informe técnico acerca de la situación de los hospitales realizado por OPS (1957). Ley del Presupuesto de 1962: transferencia de los primeros hospitales a cuatro provincias. Ley Nacional 18610/1970 de Obras Sociales. Creación del Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS) (1970) Creación del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP) (Ley 19032/1971). Leyes nacionales 18.586/1970 y 21.883/1978 completaron la transferencia de los 65 establecimientos restantes a otras ocho provincias. Creación del Consejo Federal de Salud (Ley Nro. 22.373/1981)
1974-1975	Intento fallido de centralización	Ley 20.748/1974 Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).
1991-2000	Descentralizadora	Ley de Presupuesto Nro. 24.061/1991: facultó al Poder Ejecutivo a transferir los últimos hospitales públicos nacionales hacia las jurisdicciones de asiento. Creación del Registro Nacional de Hospitales Públicos de Autogestión (HPA) (Decreto 578/1993) Programa de Reforma del Sector Salud (PRESSAL) (BIRF 3831-AR)
2002-2008	Centralizadora	Emergencia Sanitaria (Decreto 426/2002) Programa de Reforma de la Atención de la Salud (Remediar) (Decreto 808/02). Jerarquización del Consejo Federal de Salud (COFESA). Plan Federal de Salud (2004/2007). Programas nacionales orientados a patologías específicas, grupos etarios prioritarios y condiciones estructurales de los servicios.
2016-2019	Descentralizadora	Decreto Nro. 908/2016 que instituye la Cobertura Universal de Salud. A partir de 2016, se discontinúan y reducen las entregas de insumos críticos de los programas nacionales. Ministerio de Salud es degradado a Secretaría de Gobierno de Salud (Decreto Nro. 801/2018).
2020-2023	Centralizadora <i>Gestión de la pandemia de COVID-19ⁱⁱⁱ</i>	Dispositivo federal para la detección, auto reporte y notificación de "casos sospechosos": CUIDAR Incremento de los presupuestos del Ministerio de Salud y de institutos y hospitales ^{iv} . Programa para la Emergencia Financiera Provincial ^v . Ampliación y fortalecimiento de los laboratorios nacionales. Entrega de equipamiento, insumos, determinaciones para pruebas, capacitación y protocolos para la descentralización del diagnóstico en laboratorios provinciales y de las universidades. Fortalecimiento de espacios de coordinación con gobernadores y ministros (COFESA) y Comité Asesor de Expertos del presidente.
2024- 2025	Descentralizadora	Eliminación de, al menos, 15 programas federales. No obstante, no se identifican normas que establezca estas modificaciones. Reducción en la ejecución del gasto público en hospitales nacionales. Retiro del Estado nacional de acciones a nivel territorial. Intención de transferir programas y servicios. "Rol compensador" en la compra de vacunas y "compras sincrónicas" con provincias que quieran sumarse a compras eficientes, pero con sus propios recursos y autonomía. Promoción de préstamos con Banco Mundial para la digitalización.

Fuente: Elaboración propia.

- ^I Estas medidas comienzan a implementarse durante el gobierno de facto (1944-1946), con Perón como Secretario de Trabajo y Previsión Social y luego como vicepresidente. Las mismas se profundizan durante el primer gobierno de Perón (1946-1952).
- ^{II} Las ideas que animaron los cambios a partir de 1957 y los instrumentos utilizados son similares en ambos periodos (1957-1972 y 1978-2000), más allá del interregno que significó la sanción del SNIS (1974).
- ^{III} Medidas de cierre de fronteras (Decreto 274/20 y modificatorias) y limitación de los traslados internos entre provincias (Res. 90/20). Medidas nacionales para la administración del Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO) y Distanciamiento Social Preventivo y Obligatorio (DISPO) en la pandemia del coronavirus.
- ^{IV} DA 403/20; DA 443/20; DA 458/20; DA 677/20; Decreto 457/20; DA 885/20.
- ^V Decreto 352/20.

Bibliografía

- Abramovich, Víctor y Laura Pautassi (2008)** “El derecho a la salud en los tribunales: Algunos efectos del activismo judicial sobre el sistema de salud en Argentina”, en *Salud Colectiva*, Vol. 4, N°3.
- Arce, Hugo (2010)** *El sistema de salud: de dónde viene y hacia dónde va*, Prometeo.
- Ariovich, Ana y María Crojethovic (2025)** “Las protecciones del Estado en el nuevo escenario político-sanitario”, en Carmona, Rodrigo y Valeria Serafinoff (coords.) *Un topo en el Estado. Balance preliminar del experimento libertario*, Ediciones UNGS.
- Ase, Iván (2019)** “Cobertura universal en salud: ¿Garantía del derecho a la salud o el nuevo nombre del ajuste?”, en Nazareno, Marcelo, Soledad Segura y Guillermo Vázquez (eds.) *Pasaron cosas. Política y políticas públicas en el gobierno de Cambiemos*, Editorial Brujas y Universidad Nacional de Córdoba.
- Belmartino, Susana (2005)** *La atención médica argentina en el siglo XX. Instituciones y procesos*, Siglo XXI.
- Bisang, Roberto y Oscar Cetrángolo (1998)** “Descentralización de los Servicios de Salud en Argentina”, en *Serie Reformas de Política Pública (Cepal)*, N° 47.
- Bisang, Roberto y Oscar Cetrángolo (1998)** “Descentralización de los servicios de salud en Argentina”, en Cominetti, Rossella y Emanuela di Gropello (eds.) *La descentralización de la educación y la salud: un análisis comparativo de la experiencia latinoamericana*, Cepal.
- Bloch, Carlos y Susana Belmartino (1980)** “La política sanitaria argentina y las estrategias de desarrollo”, en *Cuadernos Médico Sociales*, N°14.

- Bonvecchi, Alejandro (2008)** “Políticas sociales subnacionales en países federales: Argentina en perspectiva comparada”, en *Desarrollo Económico*, Vol. 48, N° 190-191.
- Bonvecchi, Alejandro y Javier Zelaznik (2017)** “Poder de decreto presidencial y comportamiento legislativo en Argentina”, en *Revista Uruguaya de Ciencia Política*, Vol. 26, N° 1.
- Bonvecchi, Alejandro y Carlos Scartascini (2014)** “The Organization of the Executive Branch in Latin America: What We Know and What We Need to Know”, en *Latin American Politics and Society*, Vol. 56, N° 1.
- Cabrero Mendoza, Enrique (1998)** “La ola descentralizadora: un análisis de tendencias y obstáculos de las políticas descentralizadoras en el ámbito internacional”, en Cabrero, Enrique (coord.) *Las políticas descentralizadoras en México (1983-1993): logros y desencantos*, Miguel Ángel Porrúa.
- Cabrero Mendoza, Enrique y Dionisio Zabaleta Solís (2009)** “¿Cómo construir una mística intergubernamental en la política social? Análisis de cuatro experiencias latinoamericanas”, en *Revista del CLAD Reforma y Democracia*, N° 43.
- CEPA (2025a)** *La dotación de personal del Sector Público Nacional*, CEPA.
- CEPA (2025b)** *La ejecución presupuestaria de la Administración Pública Nacional*, CEPA.
- Ceriani, Leticia y Luciana Kanterevicz (2019)** “La salud en tiempos de ajuste: Un acercamiento”, en *Márgenes*, N° 117.
- Cetrángolo, Oscar (2007)** “Búsqueda de cohesión social y sostenibilidad fiscal en los procesos de descentralización”, *Serie Políticas Sociales 131*, Cepal.
- Cetrángolo, Oscar y Ariela Goldschmit (2023)** “Federalismo y fragmentación de derechos en el sistema de salud argentino”, en Chiara, Magdalena y Valeria Serafinoff (eds.) *Relaciones intergubernamentales y políticas sociales en Argentina*, Editorial UNGS.
- Cetrángolo, Oscar y Ariela Goldschmit (2013)** “La descentralización y el financiamiento de políticas sociales eficaces. Impactos desafíos y reformas. El caso de la Argentina”, *Serie Macroeconomía del Desarrollo*, N°144.
- Cetrángolo, Oscar y Francisco Gatto (2002)** “Descentralización fiscal en Argentina: restricciones impuestas en un proceso mal orientado”, Ponencia presentada en *Seminario Desarrollo local y regional: hacia la construcción de territorios competitivos e innovadores*, Quito, Ecuador.
- Cetrángolo, Oscar y Juan Pablo Jiménez (2004)** “Las relaciones entre niveles de gobierno en Argentina. Raíces históricas, instituciones y conflictos persistentes”, *Serie Gestión Pública*, N° 47.

- Chiara, Magdalena (2018)** *La salud gobernada. Política sanitaria en Argentina 2001/2011*, Editorial UNGS.
- Chiara, Magdalena (2019)** “El derecho a la salud bajo amenaza. Problemas y desafíos desde el conurbano bonaerense”, en *Revista Voces en el Fénix Esperando la carroza*, N° 77.
- Eaton, Kent (2004)** *Politics Beyond the Capital*, Stanford University Press.
- Falletti, Tulia (2006)** “Una teoría secuencial de la descentralización en América Latina: Argentina y Colombia en perspectiva comparada”, en *Desarrollo Económico*, Vol. 46, N°183.
- Falletti, Tulia (2004)** “Federalism and Decentralization in Argentina: Historical Background and New Intergovernmental Relations”, en Tulchin, Joseph y Andrew Selee (eds.) *Decentralization and Democratic Governance in Latin America*, Woodrow Wilson Center for Scholars.
- Falletti, Tulia (2010)** *Decentralization and Subnational Politics in Latin America*, Cambridge University Press.
- Golbert, Laura (2010)** *De la sociedad de beneficencia a los derechos sociales*, Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social.
- Grandinetti, Rita, Maximiliano Rey y Valeria Serafinoff (2025)** “Relaciones Intergubernamentales”, en Abal Medina, Juan Manuel y Horacio Cao (coords.) *Manual de Administración Pública Argentina. Nación, provincial y municipios*, Ediciones UNC- UNQUI.
- Haggard, Stephen y Mathew McCubbins (2001)** *Presidents, Parliaments and Policy*, Cambridge University Press.
- Jordana, Jacint (2001)** “Relaciones intergubernamentales y descentralización en América Latina: una perspectiva institucional”, *Serie Documentos de Trabajo* I, UE INDES/BID.
- Katz, Jorge, et al. (1993)** *El sector salud en la República Argentina: su estructura y comportamiento*, Fondo de Cultura Económica.
- Linz, Juan y Arturo Valenzuela (1994)** *The Failure of Presidential Democracy*, Johns Hopkins University Press.
- Maceira, Daniel, Cintia Cejas y Sofia Olaviaga (2010)** “¿Por qué apostar a los seguros provinciales de salud? Documento de Políticas Públicas”, en *Programa de Salud del Área de Desarrollo Social*, N° 76.
- Mansuri, Ghazala y Rae Vijayendra (2013)** *Localizing Development. Does Participation Work?*, World Bank.
- Mecle Armiñana, Elina (2001)** “Los derechos sociales en la Constitución Argentina y su vinculación con la política y las políticas sociales”, en Ziccardi, Alicia

- (comp.) *Pobreza, desigualdad social y ciudadanía. Los límites de las políticas sociales en América Latina*, Clacso.
- Ministerio de Salud (2025)** *Gasto en salud en Argentina. Análisis para 2017-2022*, Ministerio de Salud, República Argentina.
- Moscovich, Lorena y Santiago Lacroix Eussler (2023)** “De/centralization in Argentina, 1862-2020”, en *Regional and Federal Studies*, Vol. 33, N° 5.
- Oates, Wallace (1972)** *Fiscal Federalism*, Harcourt Brace Jovanovich.
- Olmeda, Juan (2013)** “De Menem a Kirchner: relaciones intergubernamentales y patrones de negociación en el federalismo fiscal argentino”, en Falleti, Tulia, Lucas Gonzalez y Martín Lardone (eds.) *El federalismo argentino en perspectiva comparada*, Educa.
- Pereira, Carlos, Timothy J. Power y Lucio Rennó (2005)** “Under What Conditions Do Presidents Resort to Decree Power? Theory and Evidence from the Brazilian Case”, en *Journal of Politics*, Vol. 67, N° 1.
- Potenza dal Masetto, Fernanda (2004)** *Coordinación intergubernamental en políticas sociales: el funcionamiento de los Consejos Federales de Educación y Salud en la elaboración de políticas sectoriales (1990-2004)*, Tesis de maestría, Universidad de San Andrés.
- Ramacciotti, Karina (2009)** *La política sanitaria del peronismo*, Biblos.
- Repetto, Fabián, et al. (2001)** “Descentralización de la salud pública en los noventa: una reforma a mitad de camino”, Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional, Fundación Gobierno y Sociedad, Fundación Grupo Sophia, Documento 55.
- Rey, Maximiliano (2013)** “Federalismo y mecanismos de articulación intergubernamental: el funcionamiento de los consejos federales en Argentina”, en *Reforma y Democracia*, N° 55.
- Rodríguez Ricchieri, Pablo y Federico Tobar (2003)** “El Consejo Federal de Salud (CO.FE.SA). Actor clave en la construcción de un federalismo sanitario efectivo”, *Ministerio de Salud*, Presidencia de la Nación.
- Sánchez Cabezas, Alejandra y Hugo Mercer (2025)** “Enfermos”, en *Revista Anfibia*, Ensayos - junio.
- Secretaría de Equidad en la Salud (2023)** *Coberturas de salud en Argentina 2022*, Ministerio de Salud de la Nación.
- Selee, Andrew (2004)** “Exploring the Link between Decentralization and Democratic Governance”, en Tulchin, Joseph y Andrew Selee (eds.) *Decentralization and Democratic Governance in Latin America*, Woodrow Wilson Center for Scholars.

- Tobar, Federico (2001)** “Breve historia de la prestación del servicio de salud en la Argentina”, en *Medicina Sanitaria*, Vol. 1, N° 22.
- Veronelli, Juan Carlos y Magalí Correch (2004)** *Los orígenes institucionales de la salud pública en la Argentina*, Vol. 1-2.
- Weyland, Kurt (2004)** *The Politics of Market Reform in Fragile Democracies: Argentina, Brazil, Peru, and Venezuela*, Princeton University Press.
- Wright, Dwight (1997)** *Para entender las relaciones intergubernamentales*, Fondo de Cultura Económica.

Resumen

El trabajo se propone analizar la trayectoria de las relaciones entre el Estado nación y las provincias para la provisión, el financiamiento y la regulación de los servicios de salud en Argentina. Se analizan las relaciones intergubernamentales desde la configuración del sector, a inicios del siglo XX, hasta la actualidad. Al sancionarse la Constitución en 1853-1860, las responsabilidades en materia sanitaria no fueron delegadas al nivel central, permaneciendo bajo la órbita de las provincias. Este atributo constitucional es

un condicionante decisivo en la distribución de responsabilidades y competencias. La Reforma Constitucional de 1994 otorgó al Estado nacional responsabilidades como garante del derecho a la salud. El artículo se pregunta por la dinámica y los cambios en las relaciones intergubernamentales en el sector salud, a partir de las transformaciones producidas por políticas que impulsaron procesos de centralización y descentralización de la salud, sin incluir en el análisis a las obras sociales ni el sistema previsional.

Palabras clave

relaciones intergubernamentales — descentralización — centralización — políticas de salud — Argentina

Abstract

This paper aims to analyze the trajectory of relations between national and subnational governments regarding the provision, financing, and regulation of health services in Argentina. Intergovernmental relations are examined from the beginning of the 20th century to the present. When the Constitution was ratified from 1853 to 1860, responsibilities regarding health were not delegated to the central government and remained under

the control of the provinces. This was a decisive factor in the distribution of responsibilities and competencies. Then, the 1994 Constitutional Reform granted the national state responsibilities as guarantor of the right to health. The article explores the dynamics and changes in intergovernmental relations in the health sector, based on policies promoting centralization and decentralization. The analysis does not address social welfare or the pension system.

Key words

intergovernmental relations — decentralization — centralization — health policies — Argentina