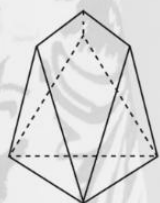


Salud y Seguridad Social

Federalismo y salud en Argentina: desafíos de un sistema descentralizado

Documento técnico

Marzo 2025



Fundación
Poliedro

Resumen ejecutivo

El sistema de salud argentino se caracteriza por su estructura federal, establecida en el Artículo 1° de la Constitución Nacional. En este marco, la coordinación entre los distintos niveles de gobierno resulta esencial para diseñar e implementar políticas públicas efectivas, especialmente en el ámbito sanitario.

La falta de articulación entre jurisdicciones, la superposición de funciones y la descoordinación en los niveles de atención y financiamiento generan ineficiencias que afectan tanto la equidad en el acceso a los servicios como la sostenibilidad del sistema. La descentralización de competencias, sin mecanismos adecuados de coordinación y compensación, contribuye a perpetuar desigualdades territoriales.

Para optimizar el sistema, es crucial clarificar las responsabilidades en materia de derecho sanitario y fortalecer la articulación intergubernamental e intersectorial. Esto permitiría evitar la dispersión de esfuerzos, resolver problemas persistentes y enfrentar desafíos emergentes.

En nuestro país, un entrelazado normativo amplio establece un fundamento sólido y dinámico para afirmar a la salud como un derecho humano integral. Aún en el marco de un diseño federal, el Estado Nacional se configura como el último garante del derecho a la salud, con la obligación de adoptar acciones positivas que aseguren su cumplimiento efectivo. La competencia en materia de salud no es exclusiva de las provincias ni del Gobierno federal, sino que constituye una potestad concurrente entre ambos niveles de gobierno. En este sentido, la responsabilidad de la conducción y coordinación del sistema sanitario argentino recae en el Ministerio de Salud de la Nación y la potestad legislativa, en el Congreso de la Nación.

Ante la dispersión y fragmentación de responsabilidades y funciones, se impone la necesidad de continuar fortaleciendo el rol rector, de apoyo y de articulación del Ministerio de Salud de la Nación. En este contexto, el Consejo Federal de Salud (CO.FE.SA) emerge con la potencialidad de consolidarse como una instancia institucional capaz de facilitar la acción conjunta entre el gobierno nacional y los gobiernos jurisdiccionales.

El presente trabajo se propone, por un lado, identificar y clarificar las competencias que las distintas jurisdicciones conservan en relación al derecho a la salud de la población argentina; y por otro lado, reconocer los mecanismos e instancias que favorecen la articulación entre los territorios federados y el Estado Nacional, garantizando así el cumplimiento efectivo de este derecho fundamental.

Elaboración del documento

Fernández Wiedman, Mariana

Cita sugerida

Fundación Poliedro (2025). *Federalismo y salud en Argentina: desafíos de un sistema descentralizado*. Dirección de Salud y Seguridad Social. Marzo, 2025.

Índice

Introducción	5
Breve aproximación al sistema de salud argentino	7
Tratamiento constitucional del derecho a la salud en Argentina	11
Distribución de competencias en salud de los distintos niveles de gobierno	15
Competencias del Estado Nacional y los Estados Provinciales	16
Los Consejos Federales como espacio de coordinación intergubernamental	22
El rol del Consejo Federal de Salud (CO.FE.SA) como ámbito de coordinación	23
Lineamientos para el rediseño del Consejo Federal de Salud (CO.FE.SA)	26
Consideraciones finales	29
Anexos	30
Anexo N°1 – Competencias del Ministerio de Salud de la Nación	30
Anexo N°2 – Apartados de salud en las Constituciones Provinciales argentinas	33
Bibliografía	46

Introducción

El federalismo se configura como una forma de organización estatal que implica la coexistencia de, al menos, dos niveles territoriales de gobierno: los estados federados y el estado central. Cada uno de estos niveles posee competencias, atribuciones y recursos definidos, mientras que los estados federados retienen aquellas facultades que no han sido explícitamente transferidas al poder central (Richieri Rodríguez y Tobar, 2003). Así, en los sistemas políticos federales, los Estados –en sus diferentes niveles– enfrentan desafíos derivados de la estructura político-institucional que define sus competencias y responsabilidades (Obinger et al., 2005).

Por tal motivo, **la interacción entre los distintos niveles de gobierno es crucial para el diseño e implementación de políticas públicas, particularmente en Estados federales que proveen servicios de forma descentralizada.** La existencia de marcos formales que regulan las relaciones entre jurisdicciones no necesariamente garantiza una coordinación efectiva de las mismas. En consecuencia, se requiere no sólo el diseño de mecanismos de articulación explícitos que refuercen el rol rector del Estado Nacional, sino también la decisión política del gobierno federal de ocupar ese lugar.

En Argentina, la cuestión sanitaria adquiere una impronta particular debido a múltiples factores históricos, sociales, económicos y jurídicos que atraviesan la conformación de su sistema de salud y, sobre todo, la particularidad de las responsabilidades legales que emanan de su cuerpo normativo. **Las competencias en materia sanitaria en un principio no fueron delegadas al gobierno central, permaneciendo bajo la órbita de las provincias.** Sin embargo, la reforma constitucional de 1994 introdujo un cambio sustancial al conferir jerarquía constitucional a diversos tratados internacionales que reconocen la salud como un derecho protegido.

“Lo dispuesto en los tratados internacionales que tienen jerarquía constitucional (art. 75, inc. 22, de la Ley Suprema) reafirma el derecho a la preservación de la salud –comprendido dentro del derecho a la vida– y destaca la obligación impostergable de la autoridad pública de garantizar ese derecho con acciones positivas, sin perjuicio de las obligaciones que deben asumir en su cumplimiento las jurisdicciones locales, las obras sociales o las entidades de la llamada medicina prepaga” (CSJN, 2020: 19).

Este reconocimiento agrega una dimensión de **complejidad al análisis de las obligaciones efectivas** que corresponden a cada nivel de gobierno. En este contexto, **las políticas de salud en el país ofrecen un terreno especialmente desafiante para examinar la dinámica de las relaciones intergubernamentales.** Este campo demanda no solo la articulación entre servicios de diversos niveles de gobierno para asegurar calidad y acceso, sino también un abordaje que contemple las disparidades territoriales y las diferencias en los niveles de cobertura disponibles para la población.

Desde la perspectiva de la Fundación Poliedro, contribuir a **clarificar las responsabilidades en materia de derecho sanitario es imprescindible en la búsqueda de optimizar la eficiencia de la articulación intergubernamental e intersectorial, evitando la dispersión de esfuerzos.** De esta manera, mejorar la interacción entre las partes involucradas podría facilitar la resolución de problemas persistentes y enfrentar desafíos emergentes.

En tal sentido, el presente trabajo se propone, por un lado, identificar y clarificar las competencias que las distintas jurisdicciones conservan en relación al derecho a la salud de la población argentina; y por otro lado, busca reconocer los mecanismos e instancias que favorecen la articulación entre los territorios federados y el Estado Nacional, garantizando así el cumplimiento efectivo de este derecho fundamental. Asimismo, en base a todo lo anterior, se pretende aportar algunas propuestas orientadas a mejorar la coordinación interjurisdiccional, particularmente en lo vinculado a la reforma del funcionamiento y las competencias del Consejo Federal de Salud (CO.FE.SA), como instancia clave para la articulación intergubernamental de políticas sanitarias en el país.

Breve aproximación al sistema de salud argentino

Las políticas públicas, así como sus resultados, se inscriben en contextos históricos y estructurales que condicionan su diseño e implementación. En Argentina, en el caso particular de las políticas sanitarias, **cuya efectividad se encuentra condicionada por la coordinación intergubernamental**, resulta indispensable analizar la matriz político-institucional que las sustenta. El sistema de salud argentino constituye un ejemplo paradigmático de esta dinámica, habiéndose configurado a lo largo de un proceso complejo y extenso.¹

Siguiendo a Bernal y Bizarro (2020), en el marco de este proceso, incidieron en su estructuración dos iniciativas descentralizadoras: la primera en 1978, durante el gobierno de facto, con la transferencia de servicios nacionales a las provincias, y la segunda en 1992, mediante la reasignación de competencias y funciones.² Estas transferencias, de servicios y competencias, que incluyeron establecimientos de salud y programas sociales, se realizaron sin planificación adecuada, previsión presupuestaria ni mecanismos de coordinación, profundizando de este modo las desigualdades entre jurisdicciones. En forma complementaria, algunas provincias descentralizaron funciones a los municipios, generando modelos heterogéneos de gestión sanitaria (Bernal y Bizarro, 2020).

Esto derivó en que actualmente, **el campo de la salud este conformado por tres esferas de autonomía relativa en la toma de decisiones**, con escasos mecanismos de coordinación, tanto en el plano político-estratégico como operativo (Chiara, 2016), que terminan por asentarse en un modelo caracterizado por la fragmentación, segmentación y complejidad (Ministerio de Salud, 2023).

La **fragmentación**, según Elhauge (2010: 1), implica que “múltiples tomadores de decisiones toman un conjunto de decisiones [de salud] que se harían mejor a través de una toma de decisiones unificada”³. Esto no hace referencia a la cantidad de actores en sí, sino a la ausencia de principios y criterios integradores que permitan una coordinación efectiva entre ellos, lo que distingue un sistema fragmentado de uno integrado (Tobar, 2012 y Ministerio de Salud, 2023). A esto se suma, en particular, la diversidad de organizaciones hacia el interior

¹ La propuesta de periodización presentada en PNUD (2011) establece seis etapas diferenciadas en la evolución del sistema de salud: 1) hasta 1945, 2) de 1945 a 1955, caracterizado por “los años de planificación centralizada”, 3) de 1955 a 1970, definido como el “modelo pluralista de planificación descentralizada”, 4) de 1970 a 1990, período de “consolidación y crisis del sistema fragmentado”, 5) de 1990 a 2001, marcado por “la desregulación de los mercados de la salud”, y 6) a partir de 2001, fase en la que se observan “intentos de coordinación federal de la salud pública y reposicionamiento de la seguridad social” (Ballesteros, 2017).

² Implicó el traspaso de 19 establecimientos de salud con 92.000 agentes y 22 institutos de minoridad y familia con 1700 empleados (Bernal y Bizarro, 2020).

³ Traducción propia.

de la provisión pública, en cada provincia y municipio, y sus dificultades para conformar sistemas coordinados (OPS/OMS, PNUD, y CEPAL, 2011). En paralelo, la **segmentación** se manifiesta en la coexistencia de múltiples subsistemas de atención que atienden a distintos grupos poblacionales de acuerdo con su inserción laboral o situación socioeconómica, dividiéndose en tres grandes sectores: el público, el de obras sociales y el privado (Sapienza y Fotia Pernicaro, 2022). Finalmente, la **complejidad** está dada por la interacción de una gran cantidad de actores distribuidos geográficamente y organizados de manera inter e intrasectorial, lo que genera dinámicas intrincadas y dificulta la articulación de políticas sanitarias (Ministerio de Salud, 2023).

Esta configuración del sistema de salud argentino se refleja en su estructura organizativa y en la forma en que se articula la provisión de servicios. Así, el sistema de salud argentino presenta una segmentación estructural basada en la coexistencia de tres subsectores interdependientes, articulados en un marco federal compuesto por 23 provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). Las instituciones públicas operan en tres niveles jurisdiccionales —nacional, provincial y municipal—, actuando como garante universal al brindar atención a toda la población, incluyendo a quienes carecen de cobertura explícita —denominados población con cobertura pública exclusiva—, independientemente de su afiliación a otros subsectores. A nivel nacional, la organización gira en torno al Ministerio de Salud y sus 12 hospitales nacionales⁴.

En el ámbito provincial, el sistema se articula a través del Ministerio de Salud de cada jurisdicción, que administra hospitales provinciales y centros de atención primaria de la salud (CAPS), organizados a través de regiones sanitarias. Por su parte, el nivel municipal, cuya estructura varía según la normativa de cada provincia, depende de las Secretarías de Salud de los municipios e integra CAPS y, en algunos casos, hospitales locales. Por su parte, el subsector de seguridad social se organiza mediante 291 Obras Sociales Nacionales (OSN), 24 Obras Sociales Provinciales (OSP), el Programa de Atención Médica Integral (PAMI) para jubilados y pensionados, y obras sociales de regímenes especiales asociadas a leyes de creación específicas⁵. Estas instituciones garantizan cobertura a trabajadores formales activos y pasivos, adherentes al Régimen Simplificado para Pequeños Contribuyentes, y sus grupos familiares. Finalmente, el subsector privado incluye 674 entidades de medicina prepaga, entre las que se registran 283 sociedades comerciales, 220 mutuales, 87 obras sociales con planes superadores, 40 asociaciones civiles, 27 cooperativas, 5 fundaciones y 11

⁴ Los efectores públicos nacionales son 12: PBA 1) Hospital de Alta Complejidad en Red El Cruce "Dr. Néstor Kirchner" (SAMIC), en Florencio Varela; 2) Hospital Cuenca Alta "Dr. Néstor Kirchner" (SAMIC), en Cañuelas; 3) Hospital "Dr. René Favaloro" (SAMIC), en La Matanza; 4) Hospital "Presidente Néstor Kirchner" (SAMIC), en La Matanza; 5) Hospital de Alta Complejidad del Bicentenario, en Esteban Echeverría; 6) Hospital Nacional "Dr. Baldomero Sommer", en General Rodríguez; 7) Hospital Nacional y Comunidad "Ramón Carrillo", en Luján; 8) Hospital Nacional "Profesor Alejandro Posadas", en Morón; 9) Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísica del Sur "Juan Otimio Tesone", en Mar del Plata; CABA 10) Hospital "Prof. Dr. Juan P. Garrahan" (SAMIC), en CABA; 11) Hospital Nacional en Red "Lic. Laura Bonaparte", en CABA; SANTA CRUZ 12) Hospital El Calafate (SAMIC), en Santa Cruz.

⁵ Estas cubren a los trabajadores y grupos familiares de las Fuerzas Armadas, universidades nacionales, el servicio penitenciario federal, el personal de seguridad pública de CABA y los poderes judicial y legislativo nacionales (Dirección de Estrategias de Integración del Sistema de Salud, 2023).

federaciones médicas o sindicatos, ofreciendo cobertura voluntaria mediante pagos directos o derivación de aportes (RNEMP, SSS, 2022; Ministerio de Salud, 2023).

La fragmentación, segmentación y complejidad del sistema de salud argentino son características desarrolladas a lo largo de su devenir histórico y estrechamente vinculadas a las tendencias naturales de un país de organización política federal. **La superposición de estructuras, la duplicación de funciones y la falta de articulación entre los distintos niveles de atención y financiamiento redundan en un desaprovechamiento de capacidades operativas y económicas, afectando tanto la equidad en el acceso a los servicios como la sostenibilidad del sistema en su conjunto.** Esta configuración, en lugar de favorecer la sinergia entre los actores involucrados, perpetúa desigualdades territoriales y obstaculiza la implementación de políticas sanitarias eficientes.

La caracterización desarrollada precedentemente explica por qué la Argentina no obtiene los resultados sanitarios esperados a pesar de destinar el equivalente al 9,9% de su PIB a la salud (OMS, 2023).⁶ En particular, la República Argentina presenta significativas disparidades en los resultados de salud entre sus provincias, lo que evidencia las inequidades estructurales en el acceso y la calidad de los servicios sanitarios. **En parte, esta situación podría explicarse por las externalidades viciosas inherentes al modelo federal, cuya descentralización no ha sido acompañada por mecanismos eficaces de coordinación y financiamiento, profundizando así las asimetrías en la provisión y el acceso a la atención sanitaria.**

Para ilustrar esta situación, se seleccionaron tres indicadores que se consideran significativos y descriptivos: esperanza de vida al nacer, tasa de mortalidad infantil y población con cobertura pública exclusiva. En el año 2020, la esperanza de vida al nacer mostró una diferencia de 6,6 años entre la provincia mejor posicionada, La Pampa (80,2 años), y la de menor desempeño, Chaco (73,6 años). La mortalidad infantil, indicador sensible de la calidad del sistema sanitario, presentó una brecha aún más marcada, con una tasa de 4,91 por cada 1.000 nacidos vivos en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), frente a 16,38 por cada 1.000 en Formosa, lo que implica una diferencia superior a tres veces entre ambos extremos. Asimismo, la proporción de la población con cobertura pública exclusiva varió entre el 27% en Río Negro y Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur y el 67% en Formosa, reflejando desigualdades en el acceso a coberturas formales de salud.

Estas diferencias en los órdenes de magnitud entre provincias ponen de manifiesto las limitaciones estructurales del modelo federal argentino en materia sanitaria, evidenciando cómo **la descentralización de competencias, sin una adecuada coordinación interjurisdiccional ni mecanismos efectivos de compensación, ha contribuido a la persistencia de inequidades en el territorio argentino.** Esta asimetría genera brechas de

⁶ Para más información al respecto, ver el documento técnico de Fundación Poliedro: <https://fundacionpoliedro.com/wp-content/uploads/2024/12/DT-El-sistema-de-salud-argentino-en-perspectiva-regional-SySS-Fundacion-Poliedro.pdf>

equidad⁷ tanto entre las jurisdicciones como entre los distintos tipos de cobertura, dando lugar a un esquema de atención fragmentado y heterogéneo, sin estándares mínimos de calidad garantizados a nivel nacional. En consecuencia, el acceso a los servicios de salud en Argentina se encuentra condicionado por la ubicación geográfica y la condición socioeconómica de la población, lo que refuerza desigualdades preexistentes.

⁷ La equidad en salud se refiere a la ausencia de diferencias evitables en el estado de salud, en el acceso a servicios de salud integrales, oportunos, y de calidad, en la contribución financiera, y en el acceso a entornos saludables.

Tratamiento constitucional del derecho a la salud en Argentina

Según Bidart Campos (2003), el derecho a la salud no recibió un trato precisamente preferencial en el texto original de la Constitución Nacional de 1853 al no incluir –al igual que las modificaciones de 1860– a la salud como un derecho explícito. No obstante, el artículo 33, conocido como la cláusula de los derechos implícitos, establecía que los derechos y garantías enumerados no eran excluyentes de otros derechos derivados de los principios de soberanía popular y del sistema republicano de gobierno. Este marco ofreció la posibilidad de interpretar –creativamente– a la salud como un derecho implícito, conforme lo cita el mencionado artículo: "Las declaraciones, derechos y garantías que enumera la Constitución no serán entendidos como negación de otros derechos y garantías no enumerados; pero que nacen del principio de la soberanía del pueblo y de la forma republicana de gobierno." Así, el derecho a la salud podría interpretarse como un componente implícito de estos derechos fundamentales que el Estado debía proteger, asumiendo un deber negativo de abstenerse de violar o dañar la salud de los habitantes (Bidart Campos, 2003).

A lo largo del tiempo, y a pesar de la evolución del cuerpo legal contenido dentro nuestra Constitución Nacional a través de las sucesivas reformas constitucionales (1860, 1866, 1898, 1949, 1957 y 1994), la concepción acerca del derecho a la salud se ha modificado recién a partir de la reforma de 1957. En ella, el artículo 14 bis supone una aproximación indirecta, al indicar que el Estado debe garantizar "los beneficios de la seguridad social" y un "seguro social obligatorio" (Abramovich & Pautassi, 2008).

Luego, con la reforma de 1994 el derecho a la salud adquiere mayor visibilidad, especialmente a través de dos artículos. En primer lugar, el artículo 42 reconoce el derecho de los consumidores y usuarios a la protección de su salud en el marco de las relaciones de consumo, estableciendo también el deber de las autoridades de proteger estos derechos y promover la educación para el consumo. El mismo se expresa en los siguientes términos:

"Los consumidores y usuarios de bienes y servicios tienen derecho, en la relación de consumo, a la protección de su salud, seguridad e intereses económicos; a una información adecuada y veraz; a la libertad de elección, y a condiciones de trato equitativo y digno. Las autoridades proveerán a la protección de esos derechos, a la educación para el consumo, a la defensa de la competencia contra toda forma de distorsión de los mercados, al control de los monopolios naturales y legales, al de la calidad y eficiencia de los servicios públicos, y a la constitución de asociaciones de consumidores y de usuarios. La legislación establecerá procedimientos eficaces para la prevención y solución de conflictos, y los marcos regulatorios de los servicios públicos de competencia nacional, previendo la necesaria participación de las asociaciones de consumidores y usuarios y de las provincias interesadas, en los organismos de control."

En segundo lugar, el inciso 22 del artículo 75 **otorga rango constitucional a diversos tratados internacionales** (consistentes en declaraciones, pactos, protocolos y convenciones) que consagran el derecho a la salud (Casal, 2011), disponiendo:

"Aprobar o desechar tratados concluidos con las demás naciones y con las organizaciones internacionales y los concordatos con la Santa Sede. Los tratados y concordatos tienen jerarquía superior a las leyes. La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; la Declaración Universal de Derechos Humanos; la Convención Americana sobre Derechos Humanos; el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y su Protocolo Facultativo; la Convención sobre la Prevención y la Sanción del Delito de Genocidio; la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial; la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer; la Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes; la Convención sobre los Derechos del Niño; en las condiciones de su vigencia, tienen jerarquía constitucional, no derogan artículo alguno de la primera parte de esta Constitución y deben entenderse complementarios de los derechos y garantías por ella reconocidos. [...]"

Esto reforzó el marco normativo al integrar principios internacionales en la legislación nacional (bien a través de lo dispuesto directamente por el artículo precedente, bien mediante la aprobación posterior a través del Congreso Nacional), **otorgando a todos ellos rango constitucional**. Entre los tratados internacionales que reconocen explícitamente el derecho a la salud se encuentran (Ministerio de Salud, 2022):

1. La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (1948), que en su artículo XI establece: "Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad".
2. La Declaración Universal de Derechos Humanos (1948), cuyo artículo 25 inciso 1 dispone: "Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios".
3. El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1976), que en su artículo 12 inciso 1 proclama: "Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental".
4. El Protocolo de San Salvador (1988), cuyo artículo 10 desarrolla el derecho a la salud de la siguiente manera: "Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social", y detalla medidas como la atención primaria, la inmunización contra enfermedades infecciosas y la satisfacción de las necesidades de los grupos más vulnerables.

5. La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2008), que en su artículo 25 establece: "Los Estados Partes reconocen que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad", detallando además las obligaciones específicas de los Estados en esta materia.

Además, **los instrumentos internacionales constitucionalizados no se limitan a los textos de los tratados en sí mismos**. El inciso analizado también establece que la incorporación de estos instrumentos se realiza "en las condiciones de su vigencia". Esta expresión, interpretada por la Corte Suprema, implica que **no solo se debe aplicar el contenido de los tratados, sino también las interpretaciones emanadas de los órganos internacionales responsables de su implementación**. Esto incluye la jurisprudencia de tribunales internacionales, así como las recomendaciones y observaciones formuladas por dichos órganos, que complementan y clarifican los alcances de las obligaciones en materia de derechos humanos asumidas por los Estados. Dichas obligaciones, lejos de ser meras expresiones programáticas o declarativas, poseen un carácter vinculante y exigen su cumplimiento efectivo, asegurando así la plena vigencia de los derechos fundamentales, incluido el derecho a la salud (CSJN, 2020).

La Constitución Nacional de 1994 contempla, además, otro precepto que refuerza de manera indirecta la responsabilidad del Estado en tanto garante del derecho a la salud de los ciudadanos argentinos. Se trata de los incisos 18, 19 y 22 del artículo 75, que disponen la obligación del Congreso Nacional de fomentar el bienestar integral de la población y el desarrollo equilibrado de todas las provincias, lo que implica, de manera inherente, el estado de salud de la misma. En este sentido, los incisos establecen:

*"Proveer lo conducente a la prosperidad del país, al adelanto y bienestar de todas las provincias, y al progreso de la ilustración, dictando planes de instrucción general y universitaria, y promoviendo la industria, la inmigración, la construcción de ferrocarriles y canales navegables, la colonización de tierras de propiedad nacional, la introducción y establecimiento de nuevas industrias, la importación de capitales extranjeros y la exploración de los ríos interiores, por leyes protectoras de estos fines y por concesiones temporales de privilegios y recompensas de estímulo."*⁸

"Proveer al crecimiento armónico de la Nación y al poblamiento de su territorio; promover políticas diferenciadas que tiendan a equilibrar el desigual desarrollo relativo de provincias y regiones."

"Legislar y promover medidas de acción positiva que garanticen la igualdad real de oportunidades y de trato, y el pleno goce y ejercicio de los derechos reconocidos por esta Constitución y por los tratados internacionales vigentes sobre derechos"

⁸ Cabe destacar que esta disposición constituye una cláusula originaria de nuestra Constitución Nacional, derivada del proyecto redactado por Juan Bautista Alberdi (Casal, 2011).

humanos, en particular respecto de los niños, las mujeres, los ancianos y las personas con discapacidad.”

Por otra parte, sobre la base de esta estructuración bifronte del derecho a la salud basado en un sistema normativo que integra tanto el texto constitucional como los instrumentos internacionales constitucionalizados, existe también un control final de la constitucionalidad de las normas cuya función recae exclusivamente en la Corte Suprema de Justicia de la Nación (Casal, 2011). Sin perjuicio del control difuso ejercido por los jueces en sus respectivas jurisdicciones, la Corte tiene como objetivo primordial garantizar la uniformidad en la aplicación del derecho constitucional en todo el territorio nacional, una característica esencial del federalismo como forma organizativa del Estado. En este sentido, la interpretación final de la Constitución por parte de la Corte responde a la necesidad de preservar la coherencia y homogeneidad del derecho federal (Pizzolo, 2006, como se citó en Casal, 2011).

En síntesis, **el derecho a la salud en Argentina se sustenta en una estructura jurídica compleja que excede el texto literal de la Constitución Nacional**. Este marco normativo comprende, por un lado, el contenido documental de la propia Constitución y, por otro, las interpretaciones jurisprudenciales emanadas de la Corte Suprema de Justicia, desarrolladas a lo largo de un proceso histórico que integra lecturas y aplicaciones políticas. A ello se suman los instrumentos internacionales con jerarquía constitucional y las interpretaciones, observaciones y recomendaciones formuladas por los organismos internacionales competentes en relación con dichos instrumentos. Este entrelazado normativo establece un fundamento sólido y dinámico para garantizar el derecho a la salud como un derecho humano integral en el país (Casal, 2011). Así, **si bien el mismo inicialmente se entendía como un derecho implícito, actualmente incluye un deber positivo que abarca prestaciones concretas y la implementación de políticas de acción directa**. Cabe destacar que esto implica la participación de diversos actores, como financiadores y prestadores de servicios de salud, más allá del Estado (Bidart Campos, 2003).

Distribución de competencias en salud de los distintos niveles de gobierno

Al analizar la distribución de competencias en materia sanitaria en el marco jurídico argentino, resulta habitual asumir que dicha responsabilidad recae, de manera predominante, en las provincias. Esta presunción se fundamenta en la ausencia de una delegación expresa de la garantía del derecho a la salud al Estado Nacional dentro de la Constitución Nacional. En este sentido, el artículo 121 de la misma establece con claridad que: *"Las 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"*.

Así, de acuerdo a la no inclusión explícita de la materia sanitaria en el Capítulo Cuarto de la Constitución (que enumera las atribuciones del Congreso Nacional), **es dable ceder a la interpretación de que el principio de autonomía provincial se configura como un pilar esencial en la organización del sistema federal y que, por lo tanto, las provincias poseen preeminencia jurídica en la responsabilidad de velar por la salud de sus poblaciones** (Casal, 2011). No obstante, en contraposición a esta perspectiva, cabe señalar que las competencias del Estado Nacional en esta materia desempeñan un rol central, lo cual se torna evidente a través de dos elementos fundamentales: la relación entre la Constitución Nacional y los tratados internacionales con jerarquía constitucional, y la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia de la Nación.

En primer lugar, la incidencia del derecho internacional en el orden interno establece un marco ineludible. Tal como se ha señalado, las incidencias legislativas federales en el ámbito provincial también hallan su razón de ser –y, a la vez, son consecuencia– de los compromisos internacionales asumidos por la Nación. En particular, el Comité del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) –el principal instrumento internacional en lo que respecta al derecho a la salud– ha enfatizado que, en los Estados federales, **aunque los gobiernos locales sean responsables de garantizar ciertos derechos, el gobierno federal tiene la responsabilidad última** de asegurar la aplicación del Pacto (Casal, 2011). Este principio ha sido reconocido en la jurisprudencia de la Corte Suprema, la cual afirmó que, en virtud de los tratados internacionales con jerarquía constitucional:

"(...) la autoridad pública tiene la obligación impostergable de garantizar con acciones positivas el derecho a la preservación de la salud –comprendido dentro del derecho a la vida–, ello sin perjuicio de las obligaciones que deben asumir en su cumplimiento las jurisdicciones locales, las obras sociales o las entidades de medicina prepaga" (CSJN, 24 de octubre de 2000).

En segundo lugar, **la Corte Suprema ha establecido que el Estado Nacional es la autoridad rectora en las políticas de salud y el garante último de su regularidad y eficacia.** Esto incluye la coordinación de acciones con los gobiernos provinciales, aunque la ejecución de los servicios se descentralice en función del esquema federal. En este sentido, se ha determinado que, **ante el incumplimiento concreto y probado de las obligaciones de los gobiernos locales, el Gobierno Nacional debe responder directamente frente a los damnificados, ya que de lo contrario las disposiciones legales en la materia serían meras declaraciones programáticas sin operatividad.** Este principio se ve reflejado en múltiples fallos, tales como "Compodónico" (Fallos: 323:3229, 2000), "Asociación Benghalensis y otros c. Ministerio de Salud y Acción Social-Estado Nacional s/amparo ley 16.986" (Fallos: 323:1339, 2000) y "Galassi, Antonio s/ recurso de apelación" (Fallos: 310:2733, 1987) (Balbín, 2015, pp. 147-150).

Por lo tanto, **el Estado Nacional se configura como el último garante del derecho a la salud, con la obligación de adoptar acciones positivas que aseguren su cumplimiento efectivo.** Sin embargo, la Corte Suprema de Justicia de la Nación ha reconocido la coexistencia de competencias entre el nivel nacional y las provincias (CSJN, 2021). En este sentido, la Corte ha destacado que las provincias son componentes esenciales del sistema y desempeñan un rol indispensable para la implementación eficiente de la normativa sanitaria vigente. Asimismo, subrayó que el derecho a la salud no sólo está contemplado en la Constitución Nacional sino también en las constituciones provinciales. De ello se deduce que las acciones orientadas a la protección de este derecho constituyen una responsabilidad compartida con las provincias, lo que confirma su carácter de competencia concurrente.

En este marco, **la interacción entre los distintos niveles de gobierno en materia sanitaria se asemeja más a una torta marmolada que a una estructura rígidamente estratificada, dado que las decisiones se entrelazan y superponen en un entramado dinámico de relaciones intergubernamentales.** La representación de los intereses territoriales en las decisiones nacionales, el reparto de tareas para el desempeño de funciones, las externalidades de las políticas y los vínculos partidarios entre los funcionarios constituyen los principales canales a través de los cuales se manifiesta esta mezcla (Bernal y Bizarro, 2020).

Competencias del Estado Nacional y los Estados Provinciales

El Ministerio de Salud de la Nación, de acuerdo con las competencias establecidas en el artículo 23 de la [Ley de Ministerios N° 22.520](#), texto ordenado por [Decreto N.° 438/1992](#) y sus modificatorios (en particular, los Decretos N.° 8/2023, 195/2024 y 484/2024, que constituyen las últimas 3 modificaciones realizadas), tiene la misión de asistir al Presidente de la Nación y al Jefe de Gabinete de Ministros en todas las cuestiones inherentes a la salud pública. **Sus funciones se despliegan en un amplio abanico de atribuciones, compuesto por un total de 48**

artículos, los cuales establecen el marco de actuación del Ministerio en relación con la salud pública a nivel nacional.

A efectos del presente trabajo, y con el propósito de facilitar su análisis y sistematización, dichas atribuciones han sido organizadas con criterio subjetivo en tres grandes grupos de competencias: **(1) Planificación y coordinación del sistema de salud**, que abarca la definición de políticas, estrategias y mecanismos de articulación interjurisdiccional e intersectorial, además de sus funciones de gobierno sobre las entidades bajo su órbita; **(2) Regulación y control sanitario**, referido al dictado de normativas, fiscalización del cumplimiento y supervisión de estándares de funcionamiento; **(3) Provisión de Servicios y Programas de Salud**, que comprende tanto la gestión directa de servicios de salud a través de sus efectores nacionales como la ejecución de planes, programas y proyectos de diversa índole.⁹ Ejemplos destacados de estos tres grupos de funciones las constituyen el control tutelar de los organismos descentralizados (como el caso de la Superintendencia de Servicios de Salud, encargada, como elemento representativo, de velar por el cumplimiento del Programa Médico Obligatorio¹⁰), la fiscalización de la producción, distribución y comercialización de productos medicinales, biológicos, alimentarios, cosméticos e insumos médicos y la administración directa o indirecta de servicios (a través de prestadores propios o de programas, como el Sumar o Remediar), respectivamente.

La responsabilidad de la conducción y coordinación del sistema sanitario argentino recae, entonces, en el Ministerio de Salud de la Nación en su carácter de máxima autoridad en la materia. Entre sus funciones fundamentales se incluyen el diseño de programas nacionales y la implementación de estrategias que permitan estructurar un modelo articulado de gestión entre los distintos subsectores que componen el complejo entramado del sistema de salud. La función coordinadora (también denominada de "gobierno" o "gobernanza"¹¹) del Ministerio reviste especial importancia dado el carácter federal del país, en el cual las provincias poseen autonomía para definir sus políticas sanitarias, siendo los ministerios provinciales los encargados de organizar y gestionar la salud en sus respectivas jurisdicciones (Verri, Belanti y Belanti, 2020).

⁹ Para más información al respecto de las atribuciones del Ministerio de Salud de la Nación, ver [Anexo 1](#).

¹⁰ Esto tiene por objetivo asegurar que las obras sociales nacionales y las empresas de medicina prepaga brinden, como mínimo, las prestaciones establecidas en dicho programa. El PMO no constituye un límite de cobertura, sino un piso mínimo que debe ser actualizado periódicamente en función del avance del conocimiento científico y las innovaciones tecnológicas en el ámbito médico. Si bien su estricta aplicación es de alcance nacional para estos dos grupos de financiadores, la jurisprudencia ha extendido su obligatoriedad a las obras sociales provinciales y incluso como referencia para la cobertura de servicios de naturaleza pública, considerándolo una norma de política sanitaria mínima que debe ser interpretada en armonía con el marco constitucional, garantizando el acceso equitativo a bienes y servicios esenciales para la salud.

¹¹ Entendida como la "capacidad de liderazgo de las autoridades de salud para conformar y apoyar una acción colectiva que permita la creación, el fortalecimiento y el cambio de las estructuras de gobernanza del sistema de salud" (Artaza Barrios, 2017). El ejercicio de la rectoría otorga a las autoridades de salud, la "conducción sectorial para formular, organizar y dirigir la política nacional de salud, con el fin de mejorar la eficacia, eficiencia y equidad del sistema de salud a través del fortalecimiento o transformación de las estructuras de gobernanza del sector salud" (Artaza Barrios, 2017). La gobernanza, por su parte, se entiende como aquellos arreglos institucionales que regulan a los actores y los recursos críticos del sistema de salud que tienen influencia sobre las condiciones de cobertura y acceso a los servicios de salud (Artaza Barrios, 2017).

Los desafíos en el gobierno del Ministerio de Salud de la Nación respecto del sistema sanitario argentino son múltiples y abarcan tanto aspectos estructurales como operativos. Entre las principales limitaciones se encuentra la reducida capacidad prestacional propia y directa del ministerio Nacional, lo que restringe la posibilidad de una respuesta centralizada a las necesidades del sistema en términos de provisión directa de servicios de salud. En este contexto, el Estado—en sus distintos niveles, y en particular el Estado Nacional, en su rol de coordinador del sistema sanitario—es responsable de las deficiencias que surgen de la falta de articulación o de la prestación insuficiente de dichos servicios (Verri, Belanti y Belanti, 2020). Bajo este enfoque, el Ministerio de Salud de la Nación asume una función central en la supervisión, el acompañamiento y la articulación de las políticas sanitarias en todo el país.

Por su parte, en términos legislativos, el rol del Estado Nacional demanda consideraciones específicas. Como se desarrolló precedentemente, la supremacía del derecho federal, establecida en el artículo 31 de la Constitución Nacional, dispone que las leyes nacionales y los tratados internacionales ratificados por el país constituyen la ley suprema de la Nación. Esto obliga a las provincias a adecuarse a estos preceptos, aun cuando sus normativas locales pudieran establecer disposiciones en contrario (Casal, 2011).

En este marco, la potestad legislativa del Congreso de la Nación en materia de salud no solo constituye una atribución constitucional, sino que también representa el mecanismo esencial para el desarrollo normativo del derecho a la salud. Corresponde al Congreso dictar las leyes fundamentales en la materia, conforme a sus atribuciones constitucionales y en alineación con los tratados internacionales con jerarquía constitucional. La legislación nacional en salud no solo permite materializar las obligaciones internacionales asumidas por el país, sino que también es una herramienta clave para reducir las marcadas desigualdades regionales, garantizando un acceso equitativo al derecho a la salud, independientemente del lugar de residencia de la población. En este sentido, **la Corte Suprema de Justicia ha enfatizado que la legislación nacional debe contribuir a la construcción de un sistema sanitario unificado, promoviendo la cohesión dentro del territorio nacional** (Casal, 2011).

No obstante, la prolongada ausencia del Estado Nacional en la conducción del sistema sanitario y la trayectoria histórica de su organización institucional han propiciado la errónea interpretación de que las provincias detentan plena autonomía en la administración de sus sistemas de salud, sin injerencia alguna por parte del gobierno nacional (Arce, 2013). Este fenómeno ha sido reforzado por los procesos de descentralización sanitaria mencionados anteriormente, que han trasladado a los estados provinciales la mayor carga en la prestación de servicios de salud, sin una efectiva articulación nacional que garantice equidad y eficiencia en la cobertura sanitaria (Verri, Belanti y Belanti, 2020). En este contexto, el rol legislativo del Estado Nacional es fundamental para establecer un marco normativo que oriente y regule el funcionamiento del sistema sanitario en su conjunto, asegurando criterios homogéneos de acceso y calidad en la prestación de los servicios de salud.

Es importante remarcar que **la competencia en materia de salud no es exclusiva de las provincias ni del Gobierno federal, sino que constituye una potestad concurrente entre ambos niveles de gobierno.** En consecuencia, no existe una reserva absoluta de atribuciones en favor de las jurisdicciones provinciales.

En este sentido, Casal (2011) plantea objeciones respecto de la distinción que habitualmente se establece en los proyectos legislativos y en normas nacionales, en términos de leyes de "orden público" y leyes de "adhesión". Si bien esta diferenciación resulta útil para la implementación de políticas, los procesos de fiscalización y los regímenes sancionatorios, en la práctica, **el mecanismo de normas de adhesión ha sido utilizado en exceso, profundizando las disparidades entre provincias**. Así, aquellas jurisdicciones cuyas agendas de políticas sanitarias se alinean con la nacional pueden acompañar la implementación de nuevas herramientas, mientras que otras, con menor capacidad de gestión o recursos, enfrentan obstáculos para hacerlo simultáneamente. Esto genera desigualdades en la garantía de derechos fundamentales, cuando en realidad ciertas normativas deberían ser consideradas de orden público y, por lo tanto, de aplicación automática en todo el territorio nacional (Casal, 2011).

La organización del sistema de salud en Argentina se encuentra condicionada por una interacción compleja entre la normativa nacional y las disposiciones provinciales, enmarcada en un contexto de descentralización operativa y segmentación estructural. **La coexistencia de una profusa legislación nacional y provincial ha derivado en una superposición normativa que, lejos de garantizar una gestión eficiente, ha generado dificultades en la articulación de los distintos niveles de gobierno y en la optimización de los recursos disponibles** (Verri, Belanti y Belanti, 2020).

Como se mencionó con anterioridad, la competencia en materia de salud es concurrente entre provincias y la nación, y en virtud de ello, las jurisdicciones han incorporado a sus textos constitucionales diferentes formulaciones expresando la protección y garantía del derecho a la salud. Algunas reflejan una evolución en el tratamiento del derecho a la salud incorporando a sus textos modificados visiones y perspectivas que expresan una concepción más amplia dentro de una visión holística del desarrollo humano.

Por ejemplo, el nuevo texto constitucional del año 2024 de **La Rioja** establece que: "La salud es un derecho humano fundamental de la persona, representada en un proceso bio-psico-social completo de bienestar físico, mental, espiritual, ambiental y social comprendido en todos los ciclos de vida"; además en el articulado subsiguiente establece las garantías: "El Estado garantizará este derecho considerando al servicio de salud y a la atención sanitaria como esencial, universal, integral, gratuito, regional, equitativo, inclusivo y de calidad. La ley establecerá los organismos técnicos que, con procesos de diagnóstico y planificación, harán operativa esta garantía mediante mecanismos preventivos que promuevan la protección, asistencia y rehabilitación de la salud física, mental, espiritual, ambiental y social". A continuación establece que tanto la actividad de los trabajadores de la salud como los medicamentos serán considerados como un bien social básico a cuyo acceso se debe asegurar a todos sus habitantes. Asimismo a nivel constitucional se garantiza el financiamiento para el sistema de salud de gestión estatal otorgando al estado provincial la gobernanza del sistema de salud para su definición, conducción y regulación.

Por su parte, la constitución de **Formosa** (modificada en el año 2003) manifiesta que: " El Estado asegura los medios necesarios para que en forma permanente, se lleven a la práctica

los postulados de la atención primaria de la salud, comprensiva para lograr el más alto nivel posible en lo físico, mental y social de las personas y comunidades, mediante: 1) La constante promoción, prevención, asistencia y rehabilitación de la salud de todos los habitantes de la Provincia, priorizando los grupos de alto riesgo social, asegurando una atención igualitaria y equitativa. 2) La capacitación permanente de los efectores de salud, en todos los niveles de atención, como asimismo de la comunidad, para que ésta sea protagonista de su proceso de salud. (etc)."

La provincia de **Jujuy** en su texto constitucional dice que: "El concepto de salud será atendido de manera amplia, partiendo de una concepción del hombre como unidad biológica, psicológica y cultural en relación con su medio social; Nadie puede ser obligado a someterse a un tratamiento sanitario determinado, salvo por disposición de la ley y siempre dentro de los límites impuestos por el respeto a la persona humana." (idem provincia de **Santa Fe**). También establece que el Estado organiza, dirige y administra la salud pública; que tiene a su cargo la promoción, protección, reparación y rehabilitación de la salud de sus habitantes. A continuación define en forma operativa los deberes del Estado: 1. desarrollar sistemas de salud preventiva, de recuperación y rehabilitación; 2. organizar sistemas de prestaciones sanitarias de alta complejidad vertical y adecuada cobertura horizontal, buscando la protección de todos los habitantes; 3. implantar planes de educación para la salud; 4. adoptar medidas para el adecuado aprovechamiento de la capacidad instalada mediante concertaciones interdisciplinarias; 5. dictar medidas para propender a la adecuada interacción de la familia en el proceso sanitario, especialmente vinculadas con la medicina preventiva; 6. posibilitar el constante perfeccionamiento profesional del personal sanitario médico y paramédico que preste servicios en establecimientos oficiales, especialmente del interior de la Provincia; 7. controlar las prestaciones sanitarias efectuadas en establecimientos no estatales.

En contraposición, provincias como **Mendoza** o **La Pampa** presentan una escasa o nula mención a la materia en sus textos constitucionales, inclusive formulaciones que resultan anacrónicas en comparación con conceptos y definiciones actuales de organismos internacionales o nacionales relacionados a la salud pública.

Como se mencionó anteriormente, los procesos de descentralización han reforzado la concepción de que los gobiernos provinciales detentan una autonomía absoluta en materia de salud. Sin embargo, la creciente complejidad del sistema y la necesidad de establecer políticas coordinadas entre la Nación y las provincias han puesto en evidencia la importancia de definir con claridad las responsabilidades de cada nivel de gobierno. **La formulación de políticas sanitarias debe considerar la corresponsabilidad de los distintos actores, garantizando que el Estado Nacional vele por el cumplimiento de los compromisos asumidos en materia de salud y que las provincias ejerzan sus funciones en un marco de articulación estratégica** con la autoridad sanitaria nacional.

En términos normativos, la concurrencia de competencias entre la Nación y las provincias en materia de salud no implica una delegación exclusiva de funciones a favor de los gobiernos subnacionales. El Congreso de la Nación tiene la potestad de sancionar leyes que regulen el

ejercicio del derecho a la salud en todo el territorio, siempre que ello no implique una restricción de los derechos garantizados por la Constitución y los tratados internacionales de jerarquía constitucional. En este sentido, la Ley 26.529 de Derechos del Paciente constituye un ejemplo paradigmático de legislación nacional en materia de salud que establece principios y garantías que deben ser respetados en todas las jurisdicciones.

Por lo anterior, **la naturaleza compartida de los intereses en materia sanitaria impone la necesidad de establecer mecanismos de coordinación funcional entre los distintos niveles de gobierno**, tal como señalan Ortega y Espósito (2017). Esta coordinación resulta esencial para abordar de manera integral los desafíos que enfrenta el sistema de salud, ya que, a pesar del amplio espectro de derechos constitucionales y convencionales que el Estado argentino se ha comprometido a garantizar, el panorama sanitario se caracteriza por una marcada fragmentación y desarticulación. Según Verri, Belanti y Belanti (2020), esta fragmentación genera desigualdades profundas, afectando la equidad sanitaria y limitando la operatividad plena de los derechos relacionados con la salud, entendida esta tanto en su dimensión individual como colectiva.

Los Consejos Federales como espacio de coordinación intergubernamental

De acuerdo a lo mencionado precedentemente, uno de los rasgos más significativos del sistema de salud argentino radica, entonces, en la estructura federal del país, que implica la existencia de, al menos, dos órdenes territoriales de gobierno, cada cual con responsabilidades, atribuciones y recursos propios. En la práctica, esto permite que los gobiernos subnacionales adapten las estrategias de salud a sus realidades particulares, lo que se traduce en una diversidad de modelos y enfoques en la prestación de servicios. Sin embargo, **esta misma diversidad plantea desafíos en términos de coordinación y equidad, dado que la existencia de múltiples actores y niveles de gobierno tiende a generar disparidades en la calidad y el acceso a la atención sanitaria.** De este modo, la organización federal no sólo define la distribución de competencias en materia de salud, sino que también condiciona la capacidad del sistema para articular políticas coherentes a nivel nacional.

La organización federal del país, junto con la autonomía de las provincias para definir sus propias prioridades, políticas y presupuestos en la producción y provisión de bienes y servicios públicos, impone la necesidad de diseñar estrategias que permitan el desarrollo efectivo del rol rector, de apoyo y de articulación del Ministerio Nacional, entendiendo su centralidad en la consagración efectiva del derecho a la salud.

En este contexto, **los Consejos Federales emergen como espacios de negociación y coordinación intergubernamental que, en función de su diseño y de las características adquiridas con el tiempo, pretenden consolidarse como instancias institucionales capaces de facilitar la acción conjunta entre el gobierno nacional y los gobiernos locales** (provinciales y/o municipales).

Históricamente, estos espacios ganaron preponderancia en el marco del primer proceso descentralizador en Argentina, con el propósito de coordinar políticas públicas y mitigar los efectos derivados de la transferencia de competencias entre los distintos niveles de gobierno. En ese contexto, se consolidó el formato actual del Consejo Federal de Educación en 1979¹² y se creó el Consejo Federal de Salud (CO.FE.SA) en 1981. Durante la década de 1990 se observó una notable proliferación de estos consejos, llegando en un momento dado a superar el número de cuarenta; sin embargo, muchos de ellos han dejado de operar, no han

¹²En rigor, su primer antecedente se remonta al siglo XIX con la sanción de la Ley 1.420.

sido convocados o han sido reactivados de forma coyuntural para abordar temáticas específicas (Bernal y Bizarro, 2020).

El análisis de estos Consejos realizado por Serafinoff (2012) evidencia la heterogeneidad de estos órganos, lo que impide emitir una evaluación general sobre su efectividad. No obstante, resulta evidente que **la interacción entre autoridades con capacidad de decisión en los diferentes niveles de gobierno tiene, al menos de forma potencial, efectos beneficiosos**. Serafinoff (2012) cuestiona si estos Consejos verdaderamente formalizan la búsqueda de consensos o si, por el contrario, su relevancia reside en las interacciones informales que facilitan entre los actores involucrados. Asimismo, el estudio diacrónico de estos órganos muestra que su activación y repliegue están estrechamente vinculados a las decisiones y al rol proactivo del representante del ejecutivo nacional, quien influye en la agenda, las convocatorias e incluso en la organización de reuniones regionales.

El rol del Consejo Federal de Salud (CO.FE.SA) como ámbito de coordinación

Más allá de los intereses que motivan a los distintos actores gubernamentales a participar en estas mesas de articulación, **resulta imprescindible dotar a estos espacios de un mayor grado de institucionalidad y promover su profesionalización y especificidad**. Este fortalecimiento debe ir acompañado de la búsqueda de relaciones intergubernamentales alternativas y complementarias, en consonancia con las demandas propias del federalismo argentino (Bernal y Bizarro, 2020).

Hasta 1945, el Estado desempeñaba un rol subsidiario y limitado en materia de salud. En ese período, el sector sanitario estaba representado por el Departamento Nacional de Higiene, dependiente del Ministerio del Interior, y por la Comisión Asesora de Asilos y Hospitales Regionales, adscrita al Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto (Richieri Rodrigañez y Tobar, 2003). Entre 1945 y 1955, el país experimentó un período marcado por un paradigma de salud pública, en el que el Estado asumió un papel central tanto como planificador como proveedor hegemónico de servicios de salud. Durante estos años se creó el Ministerio de Salud Pública y se inició el desarrollo del subsector de la seguridad social en el ámbito de la salud, duplicándose asimismo la capacidad hospitalaria nacional. A partir de 1955, se empezó a vislumbrar la intención de conformar un sistema anclado en un ideal federal, coordinado por un nivel central. En este contexto surgió el Comité Federal de Salud, verdadero antecedente de los intentos por abreviar institucionalmente en una lógica de concertación federal.

La fragmentación generada por la coexistencia de tres subsectores —público, privado y de obras sociales—, sumado al proceso de descentralización que ha transferido progresivamente competencias a las provincias, tornaron imprescindible la creación de un órgano de coordinación intergubernamental. Así, en enero de 1981 se estableció el Consejo

Federal de Salud (CO.FE.SA) mediante el [Decreto Ley N° 22.373](#), instaurando formalmente un espacio de encuentro y articulación entre los distintos niveles de gobierno.

En noviembre de 1981 se aprobó el primer reglamento de funcionamiento, estableciendo la Secretaría Permanente del Consejo (CO.FE.SA., 1981). **Entre este año y 1999, el CO.FE.SA. realizó entre tres y cuatro reuniones anuales, con variaciones en la asistencia de las autoridades provinciales, lo que evidenció tanto el interés en los temas tratados como las tensiones derivadas de la alta rotación de funcionarios y de las disputas partidarias.** En este marco se adoptaron los Acuerdos Federales sobre Políticas de Salud, que buscaban definir criterios compartidos y metas prioritarias para la coordinación interjurisdiccional (Bernal y Bizarro, 2020). Sin embargo, las disputas por la coparticipación fiscal, la distribución de recursos y la influencia de conflictos políticos limitaron la eficacia del Consejo, impidiendo su consolidación como un espacio pleno de coordinación y formulación de políticas integradas durante sus primeras dos décadas (Richieri Rodríguez y Tobar, 2003).

El CO.FE.SA se caracteriza, desde su génesis, por una agenda centrada primordialmente en la distribución de recursos nacionales, lo que ha conferido a su dinámica un carácter eminentemente expositivo y declarativo (Potenza dal Masetto, 2004). Formalmente, se trata de una estructura no vinculante, en la cual los acuerdos alcanzados cobran relevancia para los Ministerios de Salud provinciales únicamente en tanto exista consenso político en torno a las líneas de acción y a los recursos que las respalden. Por consiguiente, resulta esencial remarcar que **son los Ministerios de Salud provinciales quienes ostentan la mayor incidencia en el diseño de políticas y en la definición de los mecanismos de organización y reforma de los sistemas de salud en sus respectivas jurisdicciones** (Cejas, Maceira y Olaviaga, 2010; Gutiérrez y Alonso, 2018).

En la práctica, hasta el año 2001, la influencia del CO.FE.SA en las decisiones de salud a nivel provincial y nacional fue limitada. Sin embargo, **a partir de 2002, en el contexto de una recuperación del rol del Estado en diversas áreas de la política pública y ante la Emergencia Sanitaria, el Consejo comenzó a adquirir una capacidad de influencia sin precedentes.** Este resurgimiento se materializó a través de un liderazgo ministerial que reactivó la participación del Estado nacional, posicionando al CO.FE.SA como un espacio catalizador para la articulación de acuerdos que facilitaran la ejecución de políticas nacionales en las provincias (Richieri Rodríguez y Tobar, 2003; Chiara, 2018; Alonso, 2018).

La variabilidad en la frecuencia y el contenido de sus reuniones evidencia la dependencia de su actividad respecto al liderazgo de la autoridad nacional, quien convoca y establece la agenda. Cabe destacar que la convocatoria a reuniones ha sido casi exclusiva de la autoridad central, sin registro de que las provincias hayan impulsado iniciativas propias. En tal sentido, durante el período 2019–2023 se registró un aumento exponencial en la frecuencia de los encuentros y la utilización del ámbito. **Entre el 2020 y 2021 se realizaron 54 reuniones ordinarias del CO.FE.SA. En los trece años anteriores (2006–2019), se realizaron**

tan solo 65¹³. Además de reflejar una decisión política, esta situación evidencia la creciente importancia del Consejo como herramienta para la coordinación interjurisdiccional particularmente en un marco de crisis como lo fue la pandemia por COVID-19.

A pesar de estas limitaciones, el CO.FE.SA ha sido escenario del surgimiento de programas de carácter federal que han demostrado un impacto real en la mejora de indicadores sanitarios y en la calidad de la atención, como es el caso del programa Nacer/Sumar y el Programa Nacional de Cardiopatías Congénitas. Aunque el accionar del CO.FE.SA no garantiza por sí mismo el éxito de las políticas federales, sí propicia la coordinación y el compromiso interjurisdiccional necesarios para su implementación.

Integrado por las máximas autoridades sanitarias de las jurisdicciones, el CO.FE.SA también posee la facultad de convocar a invitados especiales, si bien esta prerrogativa rara vez ha sido ejercida. En los últimos 20 años se han incorporado representantes de diversas instituciones, principalmente públicas, para abordar temas puntuales que, en muchas ocasiones, han quedado en el plano del relevamiento o del diagnóstico sin dar lugar a un seguimiento continuo.

Es importante resaltar que las funciones del CO.FE.SA son escasas, definidas por su norma de creación, y su capacidad operativa se encuentra subordinada a la voluntad de la autoridad nacional. **Con una obligación mínima de dos reuniones anuales, el órgano se presenta, en ocasiones, como un espacio de discusión rutinaria,** carente de presupuesto propio, lo cual en el pasado pudo haber dificultado su operatividad.

Asimismo, desde el año 2003 y de manera consonante con la reactivación del órgano federal, se han establecido obligaciones específicas a través de leyes, decretos y resoluciones, como la [Resolución N° 1105/06](#) del Ministerio de Salud de la Nación, que introdujo innovaciones en el diálogo y la cohesión interjurisdiccional, estableciendo el criterio de aprobación de nuevas especialidades médicas y odontológicas por mayoría en el CO.FE.SA.

Antecedente y actualidad, esta ley, gestada durante la última dictadura, no ha sufrido modificaciones en los últimos 40 años, lo que evidencia la perdurabilidad de su estructura normativa y la necesidad de evaluarla y actualizarla para enfrentar los desafíos contemporáneos del sistema de salud. Esta situación subraya la importancia de revisar los mecanismos intergubernamentales de coordinación, de modo que se puedan articular estrategias que respondan a la complejidad y diversidad de la realidad sanitaria en Argentina, garantizando así un acceso equitativo y efectivo al derecho a la salud para toda la población.

¹³ Ministerio de Salud de la Nación (2025). Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/consejo-federal-salud>

Lineamientos para el rediseño del Consejo Federal de Salud (CO.FE.SA)

En este contexto, es pertinente cuestionar el diseño normativo que rige el funcionamiento del CO.FE.SA. En primer término, resulta cuestionable si la actual normativa ha contribuido a conferir al órgano un volumen de trabajo acorde con las exigencias, especialmente ante la demanda exponencial experimentada durante emergencias sanitarias sin precedentes, como la pandemia del coronavirus. En segundo término, es necesario evaluar si dicho diseño permite orientar el accionar del CO.FE.SA hacia resultados que garanticen la equidad en salud en el conjunto del territorio nacional.

Partiendo de la premisa de que la salud es un derecho humano fundamental, se vuelve central promover su acceso de manera equitativa en todo el territorio nacional. En este sentido, el CO.FE.SA se erige como un espacio crucial de concertación y articulación federal. Sin embargo, el enfoque centralista plasmado en la norma de creación del CO.FE.SA no resulta idóneo para captar y reflejar adecuadamente las demandas y problemáticas locales, lo cual es indispensable para potenciar acciones dirigidas a las zonas más vulnerables.

Se identifica, por tanto, una oportunidad para avanzar en la mejora del CO.FE.SA que fortalezca tanto a la institución como el rol rector del Ministerio Nacional de Salud. Es posible delinear espacios de compromiso jurisdiccional que superen la mera etapa declarativa, orientándose hacia la concreción de formas de articulación y establecimiento de políticas y técnicas. Asimismo, se hace necesario definir mecanismos de exigencia recíproca que aseguren el cumplimiento de acuerdos y que posibiliten la conformación de espacios regionales donde se compartan responsabilidades de manera conjunta y concurrente.

Los objetivos de la propuesta son, en primer lugar, **contribuir a la consolidación del Ministerio de Salud de la Nación (MSN) como órgano rector del sistema sanitario**, implementando acciones que incrementen su capacidad de regulación y control sobre el subsistema público y los otros dos subsistemas. En segundo lugar, se pretende **construir acuerdos técnicos y políticos de carácter vinculante en materia de salud**, a través de mecanismos de convocatoria y participación que integren a otros actores del sistema.

En línea con dichos objetivos se proponen las siguientes acciones:

1. **Dotar al COFESA de la potestad de establecer los lineamientos y criterios básicos de la organización del sistema de salud.** Por ejemplo en temas relacionados a recursos humanos, criterios de calidad, desarrollo de sistemas de información en salud, políticas de medicamentos y otros que se consideren estratégicos para la organización de un sistema de salud federal coordinado y equitativo.
2. **Elaborar una agenda participativa:** se sugiere evaluar la conveniencia de consensuar, junto con las jurisdicciones, los temas que integrarán la agenda del CO.FE.SA. Aunque la presidencia del órgano corresponde a la Ministra de Salud de la Nación, un proceso

de deliberación conjunta podría dotar de mayor funcionalidad al Consejo y potenciar la participación de todos sus integrantes.

3. **Realizar una planificación anual:** resulta beneficioso prever de manera anticipada las líneas de trabajo del CO.FE.SA para el año calendario. Se propone iniciar esta planificación con un diagnóstico durante el primer cuatrimestre, a partir del cual se definirán los temas y plazos a tratar.
4. **Constituir comités especiales por región:** es oportuno considerar la creación de comités regionales que permitan una mirada local sobre cuestiones específicas. Este mecanismo no solo podría favorecer el beneficio directo para cada región, sino que también generaría sinergias positivas a nivel nacional, pudiendo reglamentarse la conformación de los Consejos Regionales de Salud (CO.RE.SAs), que aglutinan las cinco regiones del país (Noroeste, Noreste, Centro, Cuyo y Patagonia).
5. **Constituir comités especiales para funciones específicas:** se recomienda evaluar la pertinencia de crear comités destinados a aquellas funciones del CO.FE.SA que requieran un trabajo, evaluación o gestión particular, el cual no sea adecuado tratar en sesiones plenarias.
6. **Conformar un comité de monitoreo:** el seguimiento de los avances en la agenda es fundamental para dotar de sostenibilidad a la gestión del Consejo. En este sentido, se sugiere la creación de un comité de monitoreo o seguimiento que evalúe de manera continua el progreso de los temas acordados.
7. **Adoptar mecanismos de toma de decisiones vinculantes:** aunque la ley de creación del CO.FE.SA no contempla, en principio, atribuciones para decisiones obligatorias, se podría tomar como referencia el modelo español. El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud de España (CISNS), definido en la Ley 16/2003, actúa como un órgano de cooperación e intercomunicación en el que los acuerdos se alcanzan por consenso, convirtiéndose en instrumentos vinculantes para garantizar la cohesión y los derechos ciudadanos a nivel nacional.
8. **Asignar presupuesto y un equipo de trabajo propios:** se propone que el órgano disponga de recursos financieros independientes y cuente con un equipo dedicado, capacitado para cumplir con los fines que el propio CO.FE.SA determine. Esta línea de acción es fundamental para fortalecer su operatividad y autonomía, permitiendo una mayor efectividad en la ejecución de sus funciones y en la coordinación interjurisdiccional.

A la luz de estas líneas de acción, **resulta imperativo que la reforma del CO.FE.SA se lleve a cabo mediante una ley.** La naturaleza política y discrecional de su funcionamiento, condicionada por la orientación ideológica de quien ejerce el gobierno nacional, evidencia la necesidad de establecer compromisos normativos que trascienden los cambios de administración. En este sentido, **la reforma legislativa de la Ley N° 22.373/81 se configura como el mecanismo adecuado para dotar al CO.FE.SA de un marco de estabilidad y**

obligatoriedad en sus decisiones, evitando que su operatividad depende de acuerdos coyunturales o de la voluntad circunstancial de sus integrantes. La institucionalización de su funcionamiento a través de una modificación de su ley de origen permitirá consolidar su rol como espacio efectivo de coordinación interjurisdiccional, garantizando su continuidad y eficacia en el tiempo.

Esta propuesta de reforma, fundamentada en la necesidad de una mayor articulación y compromiso interjurisdiccional, se justifica en la urgencia de dotar al CO.FE.SA de las herramientas necesarias para responder eficazmente a los desafíos contemporáneos del sistema de salud, garantizando así un acceso equitativo y efectivo al derecho a la salud en todo el país.

Consideraciones finales

La organización federal no sólo define la distribución de competencias en materia de salud, sino que también condiciona la capacidad del sistema para articular políticas coherentes a nivel nacional. Teniendo en cuenta la existencia de responsabilidades concurrentes en salud y las brechas existentes en indicadores sanitarios entre provincias, resulta fundamental reforzar el trabajo coordinado de las jurisdicciones para disminuir las inequidades en salud.

La descentralización de competencias, sin una adecuada coordinación interjurisdiccional ni mecanismos efectivos de compensación, ha contribuido a la persistencia de inequidades en el territorio argentino. Si bien el trabajo del Ministerio de Salud de la Nación es fundamental como ente rector y técnico para acompañar al desarrollo de políticas sanitarias efectivas, la potestad de implementación en territorio de cada acción a implementar depende en gran parte de cada jurisdicción.

La naturaleza compartida de los intereses en materia sanitaria impone la necesidad de establecer mecanismos de coordinación funcional entre los distintos niveles de gobierno. El refuerzo del trabajo conjunto entre ambos niveles de gobierno, es a todas luces necesario, este trabajo mancomunado debe incorporar la mirada de distintos actores del sector salud, universidades, formadores de profesionales, cámaras que agrupen a especialistas, entes de investigación, de la seguridad social y medicina prepaga en espacios de coordinación, diálogo y consenso como el COFESA. Para lograr estos objetivos la reestructuración legal y funcional del COFESA es indispensable.

Anexos

Anexo N° 1 - Competencias del Ministerio de Salud de la Nación

Grupo	Artículo	Descripción
Planificación y coordinación del sistema de salud	5	Entender en la planificación global del sector salud, coordinando con las autoridades sanitarias de las jurisdicciones provinciales y del Gobierno de la CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES las acciones a desarrollar en el marco de un Sistema Federal de Salud consensuado.
	14	Entender en la coordinación, articulación y complementación de sistemas de servicios de salud estatales del ámbito nacional, provincial, de la CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES, municipal, de la seguridad social y del sector privado.
	18	Intervenir en las acciones destinadas a promover la formación y capacitación de los recursos humanos destinados al área de la salud.
	19	Entender en el diseño, la ejecución y la coordinación de acciones destinadas a promover la estrategia de Atención Primaria de la Salud.
	29	Entender en las relaciones sanitarias internacionales y en las relaciones de cooperación técnica con los organismos e instituciones internacionales de salud.
	30	Entender en la formulación y promoción de planes tendientes a la reducción de inequidades en las condiciones de salud de la población, en el marco del desarrollo humano integral y sostenible, mediante el establecimiento de mecanismos participativos y la construcción de consensos a nivel federal, intra e intersectorial.
	32	Intervenir, en el ámbito de su competencia, en la promoción de la educación sanitaria a través de las escuelas primarias, secundarias o especiales, y de la educación superior para crear conciencia sanitaria en la población, en coordinación con el MINISTERIO DE CAPITAL HUMANO.
	39	Ejercer el control tutelar de la AGENCIA NACIONAL DE DISCAPACIDAD e intervenir en la elaboración de normas, políticas y programas vinculados con la discapacidad y rehabilitación integral.
	40	Entender en la elaboración, aplicación, ejecución y fiscalización de los regímenes de mutuales y de obras sociales comprendidas en las Leyes Nros. 23.660 y 23.661.
	41	Entender, en el ámbito de su competencia, como autoridad de aplicación de la Ley N° 26.682.
	42	Entender en la formulación de políticas y estrategias de promoción y desarrollo destinadas a prevenir o corregir los efectos adversos del ambiente sobre la salud humana, en forma conjunta con otros organismos dependientes del PODER EJECUTIVO NACIONAL con competencia en la materia.
	43	Entender en lo referente a los determinantes de la salud en coordinación con los ministerios con competencia en la materia.
	45	Entender en lo referente a los laboratorios nacionales de salud pública.

	46	Entender en las relaciones sanitarias nacionales y en las relaciones de cooperación con organismos e instituciones nacionales de salud.
	48	Ejercer el control tutelar de los organismos descentralizados actuantes en su órbita.

Regulación y control sanitario	2	Entender en el ejercicio del poder de policía sanitario en lo referente a productos, tecnologías, equipos, instrumental y procedimientos vinculados con la salud.
	6	Entender en la elaboración de las normas destinadas a regular los alcances e incumbencias para el ejercicio de la medicina, la odontología y profesiones afines, garantizando la accesibilidad y la calidad de la atención médica.
	7	Intervenir en la fiscalización del estado de salud de los aspirantes a ingresar en la Administración Pública Nacional y de aquellos que ya se desempeñan en la misma.
	9	Intervenir en la elaboración de las normas reglamentarias sobre medicina del trabajo y medicina del deporte.
	10	Entender en la fiscalización médica de la inmigración y la defensa sanitaria de fronteras, puertos, aeropuertos y de medios de transporte internacional.
	11	Intervenir en la radicación de las industrias productoras de productos, tecnología, equipos, instrumental y procedimientos vinculados con la salud.
	12	Entender en el dictado de normas y procedimientos de garantía de calidad de la atención médica.
	13	Intervenir en la aprobación de los proyectos de los establecimientos sanitarios que sean construidos con participación de entidades públicas o privadas.
	15	Entender en la organización, dirección y fiscalización del Registro de Establecimientos Sanitarios Públicos y Privados.
	16	Intervenir en la fiscalización de todo lo atinente a la elaboración, distribución y comercialización de los productos medicinales, biológicos, drogas, dietéticos, alimentos, insecticidas, de tocador, aguas minerales, hierbas medicinales y del material e instrumental de aplicación médica, en coordinación con los Ministerios pertinentes.
	17	Intervenir en la corrección y eliminación de las distorsiones que se operen en el mercado interno de productos medicinales.
	20	Intervenir en la normatización, registro, control y fiscalización sanitaria y bromatológica de alimentos, en el ámbito de su competencia.
	28	Entender en la regulación de los planes de cobertura básica de salud.
	36	Entender en el control, la vigilancia epidemiológica y la notificación de enfermedades.

Provisión de Servicios y Programas de Salud	1	Ejercer el control tutelar de los establecimientos sanitarios públicos nacionales.
	3	Ejecutar los planes, programas y proyectos del área de su competencia destinados a la mejora de la calidad y al logro de la equidad de los sistemas de salud, garantizando a la población el acceso a los bienes y servicios de salud.

	4	Ejecutar planes y programas que tengan por objeto el desarrollo del talento humano, el conocimiento, su difusión y la atención primaria de la salud.
	8	Intervenir, en el ámbito de su competencia, en el estudio, reconocimiento y evaluación de las condiciones ambientales de los lugares destinados a realizar tareas, cualquiera sea su índole o naturaleza, con presencia circunstancial o permanente de personas físicas.
	21	Entender y fiscalizar la distribución de subsidios a otorgar con fondos propios a las entidades públicas y privadas que desarrollen actividades de medicina preventiva o asistencial.
	22	Intervenir, en el ámbito de su competencia, en la asignación y control de subsidios tendientes a resolver problemas de salud en situaciones de emergencia y necesidad, no previstos o no cubiertos por los sistemas en vigor.
	23	Intervenir en la elaboración y desarrollo de programas integrados de seguridad social en los aspectos relacionados con la salud.
	24	Entender en la actualización de las estadísticas de salud y los estudios de recursos disponibles, oferta, demanda y necesidad, así como en el diagnóstico de la situación necesaria para la planificación estratégica del sector salud.
	25	Entender en la normatización y elaboración de procedimientos para la captación y el procesamiento de datos sanitarios producidos a nivel jurisdiccional, efectuar su consolidación a nivel nacional y difundir el resultado de los mismos.
	26	Entender en la difusión e información sobre los servicios sustantivos de salud a los destinatarios de los mismos para disminuir las asimetrías de información.
	27	Entender en el desarrollo de estudios sobre epidemiología, economía de la salud y gestión de las acciones sanitarias con el objeto de mejorar la cobertura, accesibilidad, equidad, eficiencia, eficacia, calidad y seguridad de las organizaciones prestatarias de salud.
	31	Intervenir con criterio preventivo en la disminución de la morbilidad por tóxicos y riesgos químicos en todas las etapas del ciclo vital.
	33	Entender en la elaboración de los programas materno-infantiles, tanto en el ámbito nacional como interregional, tendientes a disminuir la mortalidad infantil.
	34	Entender en la elaboración de los planes destinados a la prevención y detección de enfermedades endémicas y de enfermedades no transmisibles.
	35	Intervenir, en el ámbito de su competencia, en el desarrollo de programas preventivos y de promoción de la salud, tendientes a lograr la protección de las comunidades aborígenes.
	37	Entender en la programación y dirección de los programas nacionales de vacunación e inmunizaciones.
	38	Entender, en el ámbito de su competencia, en la elaboración, ejecución, desarrollo y fiscalización de programas integrados que cubran a los habitantes en caso de patologías específicas y grupos poblacionales determinados en situación de riesgo.
	44	Desarrollar las actividades necesarias en relación con la donación y trasplante de órganos, tejidos y células.
	47	Entender en el diseño y ejecución de políticas públicas para la prevención y tratamiento relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas.
Fuente: elaboración propia.		

Anexo N°2 - Apartados de salud en las Constituciones Provinciales argentinas

Provincia	Constitución Provincial	Artículos vinculados
Buenos Aires	<u>Constitución de la Provincia de Buenos Aires (1994)</u>	Art. 36. La Provincia promoverá la eliminación de los obstáculos económicos, sociales o de cualquier otra naturaleza, que afecten o impidan el ejercicio de los derechos y garantías constitucionales. A tal fin reconoce los siguientes derechos: 8.- A la Salud. La Provincia garantiza a todos sus habitantes el acceso a la salud en los aspectos preventivos, asistenciales y terapéuticos; sostiene el hospital público y gratuito en general, con funciones de asistencia sanitaria, investigación y formación; promueve la educación para la salud; la rehabilitación y la reinserción de las personas tóxico-dependientes. El medicamento por su condición de bien social integra el derecho a la salud; la Provincia a los fines de su seguridad, eficacia y disponibilidad asegura, en el ámbito de sus atribuciones, la participación de profesionales competentes en su proceso de producción y comercialización.
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	<u>Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1996)</u>	Art. 20. Se garantiza el derecho a la salud integral que está directamente vinculada con la satisfacción de necesidades de alimentación, vivienda, trabajo, educación, vestido, cultura y ambiente. El gasto público en salud es una inversión social prioritaria. Se aseguran a través del área estatal de salud, las acciones colectivas e individuales de promoción, protección, prevención, atención y rehabilitación, gratuitas, con criterio de accesibilidad, equidad, integralidad, solidaridad, universalidad y oportunidad. Se entiende por gratuidad en el área estatal que las personas quedan eximidas de cualquier forma de pago directo. Rige la compensación económica de los servicios prestados a personas con cobertura social o privada, por sus respectivas entidades. De igual modo se procede con otras jurisdicciones. Art. 21. La Legislatura debe sancionar una ley básica de salud, conforme a los siguientes lineamientos: 1. La Ciudad conduce, controla y regula el sistema de salud. Financia el área estatal que es el eje de dicho sistema y establece políticas de articulación y complementación con el sector privado y los organismos de seguridad social. 2. El área estatal se organiza y desarrolla conforme a la estrategia de atención primaria, con la constitución de redes y niveles de atención, jerarquizando el primer nivel. 3. Determina la articulación y complementación de las acciones para la salud con los municipios del conurbano bonaerense para generar políticas que comprendan el Área metropolitana; y concretar políticas sanitarias con los gobiernos nacional, provinciales y municipales. 4. Promueve la maternidad y paternidad responsables. Para tal fin pone a disposición de las personas la información, educación, métodos y prestaciones de servicio que garanticen sus derechos reproductivos. 5. Garantiza la atención integral del embarazo, parto, puerperio y de la niñez hasta el primer año de vida, asegura su protección y asistencia integral, social y nutricional, promoviendo la lactancia materna, propendiendo a su normal crecimiento y con especial dedicación hacia los núcleos poblacionales carenciados y desprotegidos. 6. Reconoce a la tercera edad el derecho a una asistencia particularizada.

		7. Garantiza la prevención de la discapacidad y la atención integral de personas con necesidades especiales. 8. Previene las dependencias y el alcoholismo y asiste a quienes los padecen. 9. Promueve la descentralización en la gestión estatal de la salud dentro del marco de las políticas generales, sin afectar la unidad del sistema; la participación de la población; crea el Consejo General de la Salud, de carácter consultivo, no vinculante y honorario, con representación estatal y de la comunidad. 10. Desarrolla una política de medicamentos que garantiza eficacia, seguridad y acceso a toda la población. Promueve el suministro gratuito de medicamentos básicos. 11. Incentiva la docencia e investigación en todas las áreas que comprendan las acciones de salud, en vinculación con las universidades. 12. Las políticas de salud mental reconocerán la singularidad de los asistidos por su malestar psíquico y su condición de sujetos de derecho, garantizando su atención en los establecimientos estatales. No tienen como fin el control social y erradican el castigo; propenden a la desinstitucionalización progresiva, creando una red de servicios y de protección social. 13. No se pueden ceder los recursos de los servicios públicos de salud a entidades privadas con o sin fines de lucro, bajo ninguna forma de contratación que lesione los intereses del sector, ni delegarse en las mismas las tareas de planificación o evaluación de los programas de salud que en él desarrollen.
Catamarca	<u>Constitución de la Provincia de Catamarca (1988)</u>	Art. 64. La Provincia promoverá la salud como derecho fundamental del individuo y de la sociedad. A tal fin legislará sobre sus derechos y deberes, implantará el seguro de salud, y creará la organización técnica adecuada para la promoción, protección y reparación de la salud, en colaboración con la Nación, otras provincias y asociaciones privadas.
Chaco	<u>Constitución de la Provincia de Chaco (1994)</u>	Art. 36. La Provincia tiene a su cargo la promoción, protección y reparación de la salud de sus habitantes, con el fin de asegurarles un estado de completo bienestar físico, mental y social. Al efecto dictará la legislación que establezca los derechos y deberes de la comunidad y de los individuos y creará la organización técnica adecuada.
Chubut	<u>Constitución de la Provincia de Chubut (2010)</u>	Art. 18. Todos los habitantes de la Provincia gozan de los derechos y garantías reconocidos por la Constitución Nacional y la presente, con arreglo a las leyes que reglamentan su ejercicio. En especial, gozan de los siguientes derechos: 2) A la protección de la salud. Art. 24. La ley garantiza, en cuanto sea de competencia provincial, a todos los trabajadores los siguientes derechos: 5) A la higiene y seguridad en el trabajo y a la asistencia médica (...). Art. 33. (...) La ley regula el control de calidad de bienes y servicios ofrecidos y prestados a la comunidad, así como la información que debe suministrarse al público en su comercialización, sancionando a quienes atenten contra la salud, la seguridad y el adecuado aprovisionamiento a consumidores y usuarios, en cuanto sea de competencia provincial. Art. 36. La Provincia, en el ámbito de su competencia y dentro de su concepción pacifista, adopta políticas orientadas a la asistencia y protección de sus veteranos de guerra, facilitándoles el acceso a la salud (...). Art. 36. Todas las personas en la Provincia tienen los siguientes deberes: 8. Cuidar su salud y la de sus semejantes, en cuanto les sea posible, como un bien social. Art. 72. La política provincial de salud se ajusta a los siguientes principios: 1. Asegurar el derecho al mantenimiento, protección y mejoramiento de la salud de su población y a la atención de quienes se

		encuentren transitoriamente en su territorio. 2. Garantizar el acceso al ejercicio efectivo del mencionado derecho a través de sus efectores públicos, integrando todo los recursos provinciales, municipales, regionales y nacionales con sus instituciones sociales públicas y privadas. 3. Promover la descentralización operativa y funcional del sistema de salud. 4. Normatizar, coordinar y fiscalizar todas las acciones y prestaciones de salud de la Provincia, asegurando la accesibilidad, universalidad, equidad, adecuación y oportunidad, de las mismas, priorizando acciones destinadas a sectores considerados en situación de riesgo. 5. Desarrollar planes y programas con relación a: medicamentos alimentos, higiene y seguridad industrial, medicina laboral, medicina del deporte, protección sanitaria del espacio provincial. 6. Controlar los factores sociobiológicos y ambientales a fin de reducir los riesgos de enfermar de todas las personas, desde el momento de su concepción y hasta su muerte natural. 7. Promover la solidaria participación de la sociedad en su conjunto para el logro de la excelencia en la atención de la salud. 8. Integrar lo científico y humanístico en la satisfacción de las necesidades sociales atendiendo en todos los casos a la dignidad de la persona, especialmente en los relacionados con manipulación genética. 9. Propender al desarrollo de actitudes personales que conducen al control individual y colectivo, promocionando la prevención recuperación y rehabilitación, en especial a través de la educación para la salud, coordinando las correspondientes acciones con las distintas jurisdicciones. Art. 73. Los recursos dedicados a la salud y su mantenimiento son una inversión social. Se destinan al desarrollo humano entendido como logro de un nivel de vida ascendente y a la salud como condición necesaria en la búsqueda del máximo bienestar para el mayor número de individuos.
Córdoba	<u>Constitución de la Provincia de Córdoba (2001)</u>	Art. 19. Todas las personas en la Provincia gozan de los siguientes derechos conforme a las leyes que reglamenten su ejercicio: 1. A la vida desde la concepción, a la salud, a la integridad psicofísica y moral y a la seguridad personal. Art. 38. Los deberes de toda persona son: 9. Cuidar su salud como bien social. Art. 59. La salud es un bien natural y social que genera en los habitantes de la Provincia el derecho al más completo bienestar psicofísico, espiritual, ambiental y social. El Gobierno de la Provincia garantiza este derecho mediante acciones y prestaciones promoviendo la participación del individuo y de la comunidad. Establece, regula y fiscaliza el sistema de salud, integra todos los recursos y concerta la política sanitaria con el Gobierno Federal, Gobiernos Provinciales, municipios e instituciones sociales públicas y privadas. La Provincia, en función de lo establecido en la Constitución Nacional, conserva y reafirma para sí, la potestad del poder de policía en materia de legislación y administración sobre salud. El sistema de salud se basa en la universalidad de la cobertura, con acciones integrales de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, e incluye el control de los riesgos biológicos sociales y ambientales de todas las personas, desde su concepción, Promueve la participación de los sectores interesados en la solución de la problemática sanitaria. Asegura el acceso en todo el territorio provincial, al uso adecuado, igualitario y oportuno de las tecnologías de salud y recursos terapéuticos. Art. 66. Toda persona tiene derecho a gozar de un medio ambiente sano. Este derecho comprende el de vivir en un ambiente físico y social libre de factores nocivos para la salud (...). Art. 186. Son funciones, atribuciones y finalidades inherentes a la competencia municipal: 7. Atender las siguientes materias: salubridad; salud y centros asistenciales; higiene y moralidad pública; ancianidad, discapacidad y desamparo (...).
Corrientes	<u>Constitución de la Provincia de Corrientes (2007)</u>	Art. 40. Las medidas de protección familiar deben contemplar políticas activas de lucha contra las adicciones perjudiciales para la salud.

		Art. 47. Se reconoce a varones y mujeres el derecho a tener control responsable sobre su sexualidad, incluida la salud sexual y reproductiva, preservando el derecho a la vida. Art. 48. Los consumidores y usuarios de bienes y servicios tienen derecho, en la relación de consumo, a la protección de su salud (...). Art. 225. Los municipios tienen las atribuciones expresas e implícitas que se derivan de la Constitución, de la ley y de la naturaleza institucional de su competencia local. Son atribuciones y deberes específicos del municipio: 6) dictar ordenanzas y reglamentaciones sobre: l) atención primaria de la salud y centros asistenciales (...).
Entre Ríos	<u>Constitución de la Provincia de Entre Ríos (2008)</u>	Art. 19. La Provincia reconoce la salud como derecho humano fundamental, desarrollando políticas de atención primaria. La asistencia sanitaria será gratuita, universal, igualitaria, integral, adecuada y oportuna. Será prioritaria la inversión en salud, garantizando el primer nivel de atención, así como la formación y capacitación. Se implementará un seguro provincial de salud para toda la población y una progresiva descentralización hospitalaria. El medicamento es un bien social básico. El Estado regula y fiscaliza el circuito de producción, comercialización y consumo de éstos y de los productos alimenticios, tecnología médica y acredita los servicios en salud. La ley propenderá a jerarquizar el nivel de atención hospitalaria de tiempo completo. Art. 20. Los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos básicos. La Provincia asegura mediante políticas públicas la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual, la procreación responsable y la protección a la mujer embarazada. Art. 21. El Estado asegura a las personas con discapacidad y en su caso a sus familias: la igualdad real de oportunidades; la atención integral de la salud orientada a la prevención y rehabilitación (...). Art. 22. Todos los habitantes gozan del derecho a vivir en un ambiente sano y equilibrado (...). Art. 34. La recuperación de las Islas Malvinas y demás espacios insulares y marítimos es una causa nacional legítima, permanente e irrenunciable, a la que la Provincia honra y adhiere. Dentro de sus competencias, adoptará políticas activas orientadas a la asistencia, integración y protección de los veteranos de guerra, facilitando su acceso a la (...) a la salud integral (...). Art. 240. Los municipios tienen las siguientes competencias: 14°. La atención primaria de la salud, a su expreso requerimiento, y con la consiguiente transferencia de recursos. 21°. Ejercer el poder de policía y funciones respecto a: b) Salud pública (...).
Formosa	<u>Constitución de la Provincia de Formosa (2003)</u>	Art. 80. El Estado reconoce a la salud como un hecho social y un derecho humano fundamental, tanto de los individuos como de la comunidad, contemplando sus diferentes pautas culturales. Asumirá la estrategia de la atención primaria de la salud, comprensiva e integral, como núcleo fundamental del sistema de salud, conforme con el espíritu de la justicia social. Art. 81. El estado asegura los medios necesarios para que, en forma permanente, se lleven a la práctica los postulados de la atención primaria de la salud, comprensiva para lograr el más alto nivel posible en lo físico, mental y social de las personas y comunidades, mediante: 1) La constante promoción, prevención, asistencia y rehabilitación de la salud de todos los habitantes de la Provincia, priorizando los grupos de alto riesgo social, asegurando una atención igualitaria y equitativa.

		2) La capacitación permanente de los efectores de salud, en todos los niveles de atención, como asimismo de la comunidad, para que esta sea protagonista de su proceso de salud. 3) La planificación y evaluación participativa de las acciones de salud, orientadas fundamentalmente en las enfermedades y males sociales, socio-ambientales, endemo-epidémicos y ecológico-regionales. 4) La investigación social, biomédica y sobre los servicios de salud, orientada hacia los principales problemas de enfermedad de la población; el uso de tecnología apropiada científicamente válida y socialmente aceptada; y el suministro de medicamentos esenciales. 5) El contralor de las acciones y prestaciones médico-sanitarias, teniendo como referencia los principios éticos del ejercicio profesional. 6) Toda otra acción del sistema de salud e intersectorial, que convenga a los fines del bienestar de los individuos y tendientes a mejorar la calidad de vida de la población. 7) La confección y utilización obligatoria por los organismos efectores de un vademécum medicamentoso básico social adecuado a las patologías regionales. El Estado provincial promoverá la legislación correspondiente.
Jujuy	<u>Constitución de la Provincia de Jujuy (2023)</u>	Art. 6. Defensa de la Democracia y el Orden Constitucional. 1. En ningún caso las autoridades provinciales, municipales, incluso los interventores federales, so pretexto de conservar el orden público, la salud pública o aduciendo cualquier otro motivo, podrán suspender la observancia de esta Constitución ni la de la Nación, ni de los Tratados e Instrumentos Internacionales de Derechos Humanos ratificados por el Gobierno Federal, ni vulnerar el respeto y efectiva vigencia de las garantías y derechos allí establecidos. Art. 21. Derecho a la Salud. 1. Todos los habitantes de la Provincia gozan del derecho a la salud y a su protección mediante la creación y organización de los sistemas necesarios. 2. El concepto de salud será atendido de manera amplia, partiendo de una concepción del hombre como unidad biológica, psicológica y cultural en relación con su medio social. 3. Nadie puede ser obligado a someterse a un tratamiento sanitario determinado, salvo por disposición de la ley y siempre dentro de los límites impuestos por el respeto a la persona humana. 4. Las personas o entidades de cualquier clase tendrán el deber de prestar colaboración activa y diligente a las autoridades sanitarias. Si así no lo hicieren, éstas podrán solicitar el auxilio de la fuerza pública. Art. 22. Derecho a un ambiente sano y equilibrado. 1. Todos los habitantes de la Provincia tienen el derecho a gozar de un ambiente sano y equilibrado (...). Art. 36. Derecho a la propiedad privada. Esta Constitución reconoce el derecho a la propiedad privada. Toda persona puede usar, gozar y disponer de sus bienes. El ejercicio de este derecho debe ser regular y no podrá ser efectuado en oposición a la función social o en detrimento de la salud (...) humana. Art. 43. Derechos de las Personas. 3. Toda persona tiene, además, los siguientes deberes: 4) de cuidar de su salud y asistirse en caso de enfermedad; (...). Art. 52. Derechos de los Trabajadores. La Provincia, en ejercicio del poder de policía que le compete, garantiza a los trabajadores el pleno goce y ejercicio de sus derechos reconocidos en la Constitución Nacional y la ley, y en especial: 9) higiene, seguridad en el trabajo, asistencia médica y farmacéutica, de manera que su salud esté debidamente preservada. A la mujer embarazada se le acordará licencia remunerada en el período

		anterior y posterior al parto y durante las horas de trabajo el tiempo necesario para lactar; 10) prohibición de medidas que conduzcan a aumentar el esfuerzo en detrimento de su salud o mediante trabajo incentivado, como condición para determinar su salario; (...). Art. 75. Acceso a Mejoras Tecnológicas. 1. Todas las personas tienen derecho a decidir libremente sobre el uso o acceso a dispositivos tecnológicos que interactúen con procesos biológicos para mejorar su salud y calidad de vida, en tanto no atenten contra su integridad física, psicológica y moral, ni la de otros seres humanos. 2. El Estado promoverá la igualdad de acceso a dichas mejoras, sin discriminación alguna y en concordancia con estándares internacionales de protección de los derechos humanos. 3. El desarrollo y aplicación de los dispositivos tecnológicos que interactúen con procesos biológicos deberá someterse a controles éticos y legales, conforme lo establezca la ley. Art. 85. Salud Pública. 1. El Estado organiza la salud pública procurando una atención integral, interdisciplinaria y respetuosa de la diversidad cultural, de la dignidad y de los derechos fundamentales de las personas. 2. El Estado promoverá políticas públicas que aseguren la plena accesibilidad a los servicios públicos de salud en todos los ciclos de la vida. 3. El Estado promoverá instancias de protección especial a las personas con discapacidad y facilita la atención de su salud integral. 4. La salud pública promoverá servicios de calidad para todas las personas, con el fin de fomentar una vida digna y saludable en todos los ciclos de la vida. 5. El Estado promoverá el acceso efectivo y equitativo a servicios de salud de calidad para todas las personas mayores, con el fin de fomentar una vida digna y saludable. 6. El Estado organizará abordajes interdisciplinarios, intersectoriales y apoyos adecuados para promover el cuidado de la salud mental. 7. El Estado promoverá políticas públicas preventivas y tratamientos que aborden la situación de los consumos problemáticos con un enfoque integral, intersectorial y multidisciplinario. Art. 86. Función del Estado. 1. El Estado organiza, dirige y administra la salud pública. 2. El Estado tiene a su cargo la promoción, protección, reparación y rehabilitación de la salud de sus habitantes. 3. Las actividades vinculadas con los fines enunciados cumplen una función social y están sometidas a la reglamentación que se dicte para asegurar su cumplimiento. 4. El Estado dará prioridad a la salud pública y a tal fin proveerá los recursos necesarios y suficientes. Art. 87. Deberes del Estado. A los fines del artículo anterior, el Estado debe: 1) desarrollar sistemas de salud preventiva, de recuperación y rehabilitación; 2) organizar sistemas de prestaciones sanitarias de alta complejidad vertical y adecuada cobertura horizontal, buscando la protección de todos los habitantes; 3) implantar planes de educación para la salud; 4) adoptar medidas para el adecuado aprovechamiento de la capacidad instalada mediante concertaciones interdisciplinarias; 5) dictar medidas para propender a la adecuada interacción de la familia en el proceso sanitario, especialmente vinculadas con la medicina preventiva;
--	--	---

		6) posibilitar el constante perfeccionamiento profesional del personal sanitario médico y paramédico que preste servicios en establecimientos oficiales, especialmente del interior de la Provincia; 7) controlar las prestaciones sanitarias efectuadas en establecimientos no estatales. Art. 93. Defensa del Consumidor. 1. El Estado garantiza la defensa de los derechos de los consumidores de bienes y servicios en su relación de consumo. Asegura la protección de su salud (...).
La Pampa	<u>Constitución de la Provincia de La Pampa (1994)</u>	Art. 6. Las normas legales y administrativas garantizarán el goce de la libertad personal, el trabajo, la propiedad, la honra y la salud integral de los habitantes. Art. 81. El Gobernador es el jefe de la Administración provincial y tiene las siguientes atribuciones: 15) promover políticas de ejecución descentralizada, siempre que ello no implique delegar la responsabilidad primaria del Estado en lo relativo a (...) salud (...).
La Rioja	<u>Constitución de la Provincia de La Rioja (2024)</u>	Art. 42. Derechos del Trabajador. El trabajo, como digna actividad humana, goza de la protección del Estado Provincial, quien reconoce y declara los siguientes derechos a objeto de que todas las autoridades ajusten sus acciones a los principios informadores de los mismos: derecho a trabajar, a una retribución justa, a la capacitación, a condiciones dignas de trabajo, a la participación en las ganancias de la empresa con control de su producción, cogestión o autogestión en la dirección, a la preservación de la salud (...). Art. 61. Derechos de los Usuarios y Consumidores. Los consumidores de bienes y los usuarios de servicios tienen derecho, en la relación de consumo, a la protección de su salud (...). Art. 69. Derecho a la Salud. La salud es un derecho humano fundamental de la persona, representada en un proceso bio-psico-social completo de bienestar físico, mental, espiritual, ambiental y social comprendido en todos los ciclos de vida. Art. 70. Garantías. El Estado garantizará este derecho considerando al servicio de salud y a la atención sanitaria como esencial, universal, integral, gratuito, regional, equitativo, inclusivo y de calidad. La ley establecerá los organismos técnicos que, con procesos de diagnóstico y planificación, harán operativa esta garantía mediante mecanismos preventivos que promuevan la protección, asistencia y rehabilitación de la salud física, mental, espiritual, ambiental y social. Art. 71. Salud Mental. El Estado, con un enfoque integral y multidisciplinario, garantizará tratamientos destinados especialmente a las y los adultos mayores, a las personas con discapacidad y a los consumos problemáticos de sustancias lícitas e ilícitas, obesidad, ludopatía y adicción a las nuevas tecnologías. Art. 72. Función Social – Medicamentos. La actividad de los trabajadores de la salud será considerada como función social, garantizándose la eficaz prestación del servicio de acuerdo a las necesidades de la comunidad. Los medicamentos serán considerados como bien social básico, debiendo disponerse por ley las medidas que aseguren su acceso para todos los habitantes. Art. 73. Sistema de Salud. Integración y Gobernanza. El Sistema de Salud Provincial se integrará con los servicios públicos de gestión estatal y de gestión privada. Corresponderá al Estado Provincial la gobernanza del sistema de Salud, definiendo los ejes estratégicos, conduciéndolo, regulándolo y controlándolo. Art. 74. Financiamiento. El financiamiento para el Sistema de Salud de gestión estatal es considerado una inversión social y deberá ser progresivo, continuo y sustentable, por lo que el Estado deberá financiar el sistema de gestión estatal y asegurar los medios necesarios para la articulación y complementación con el servicio de gestión privada. Art. 75. Facultades. El Estado podrá celebrar convenios con la Nación, otras provincias, otros países y entidades privadas, destinados al cumplimiento de los fines en materia de salud. Además, promoverá la creación de Centros de Estudios e Investigación, de Formación y Capacitación,

		especialmente en lo referente a los problemas sanitarios que afectan a la Provincia y a la región. Art. 96. Libre Acceso a la Información Pública. Toda persona tiene el derecho y la libertad de buscar, recibir y difundir información pública con el fin de garantizar el efectivo ejercicio del derecho de acceso a la información, la participación ciudadana y la transparencia de la gestión pública con la única restricción de las limitaciones que se establezcan en la ley que reglamentará su ejercicio en tutela de los derechos de terceros, la protección de la seguridad provincial, la democracia, el orden público, la salud o la moral públicas. Art. 204. Cartas Orgánicas. Atribuciones. Las Cartas Orgánicas Municipales establecerán las estructuras funcionales del municipio, conforme a los requerimientos del Departamento, incorporando los aspectos de educación, salud pública (...).
Mendoza	<u>Constitución de la Provincia de Mendoza (1916)</u>	Art. 14. El domicilio es inviolable y sólo podrá ser allanado en virtud de orden escrita de juez competente o de autoridad sanitaria o municipal por razón de salubridad pública.
Misiones	<u>Constitución de la Provincia de Misiones (1958)</u>	Art. 37. La ley asegurará: 2) El amparo a la maternidad, a la infancia, a la minoridad, a la incapacidad y a la ancianidad de quienes carecen de familia. Art. 39. La provincia garantizará la atención de la salud de la población, a cuyo fin la Legislatura dictará la ley sanitaria correspondiente que asegure la asistencia médica integral, preventiva y asistencial. A los efectos de cumplir más acabadamente estas obligaciones, el Gobierno podrá por medio de convenios, comprometer su colaboración con la Nación, con otras provincias, asociaciones profesionales, entidades mutuales y cooperativas. La actividad de los profesionales del arte de curar debe considerarse como función social y regirse por leyes y disposiciones que se dicten al respecto.
Neuquén	<u>Constitución de la Provincia de Neuquén (2006)</u>	Art. 36. El Estado garantiza el ejercicio de los derechos reproductivos y sexuales, libres de coerción y violencia, como derechos humanos fundamentales. Diseña e implementa programas que promueven la procreación responsable, respetando las decisiones libres y autónomas de hombres y mujeres, relativas a su salud reproductiva y sexual, especialmente a decidir responsablemente sobre la procreación, el número de hijos y el intervalo entre sus nacimientos. Promueve la atención sanitaria especializada en salud reproductiva y sexual, tendiente a brindar adecuada asistencia sobre el acceso a la anticoncepción, control del embarazo y prevención de enfermedades de transmisión sexual. Asegura el derecho a la información sobre los derechos reproductivos y diseña acciones para prevenir el embarazo adolescente. Art. 38. La Provincia, mediante la sanción de leyes especiales, asegurará a todo trabajador en forma permanente y definitiva lo siguiente: k. Condiciones de trabajo que aseguren la salud, el bienestar, la vivienda, la educación y la asistencia médica y farmacéutica. Art. 55. Los consumidores y usuarios de bienes y servicios tienen derecho, en la relación de consumo, a la protección de su salud (...). Art. 134. Es obligación ineludible de la Provincia velar por la salud e higiene públicas, especialmente a lo que se refiere a la prevención de enfermedades, poniendo a disposición de sus habitantes servicios gratuitos y obligatorios en defensa de la salud, por lo que ésta significa como capital social. Art. 135. La Provincia reconoce que el mejoramiento de las condiciones sanitarias de la población está condicionado a las premisas siguientes:

		a. Creación de fuentes de trabajo en todo el territorio de la Provincia. b. Medicina preventiva. c. Medicina asistencial adecuada. d. Efectivos servicios de asistencia social. e. Condiciones de salubridad en el trabajo. f. Implantación de un amplio régimen de amparo social. Art. 136. Se coordinará, en grado especial con los municipios, todos los servicios asistenciales de profilaxis preventiva y curativa, tendientes a asegurar la salud del individuo, de la familia y de la comunidad. Art. 137. La coordinación planificación y formas de aplicación de estos servicios estará a cargo de un Consejo Provincial de Sanidad, cuyos miembros serán designados por el Poder Ejecutivo con acuerdo de la Legislatura y durarán cuatro (4) años en sus cargos, siendo reelegibles. La ley fijará las demás condiciones. Art. 138. El Consejo Provincial de Sanidad dará preferente atención a los lugares alejados carentes de recursos, y a la prevención y tratamiento de las enfermedades infecto-contagiosas, del alcoholismo, las toxicomanías, las endemias y epidemias periódicas de origen animal, la desnutrición, falta de higiene, promiscuidad y enfermedades venéreas. Para el cumplimiento de tales fines podrá solicitar las ordenes de allanamiento necesarias. Art. 139. El Consejo Provincial de Sanidad tendrá sus propios recursos, formados por aportes del Estado provincial, municipal y de los provenientes de donaciones privadas. Su presupuesto lo dictará la Legislatura en base al proyecto presentado por el Consejo, evitando la dispersión de energía y de fondos que por concurso de la Nación y de la Provincia concurran al mismo fin. Art. 140. Dentro del primer año de su constitución, el Consejo Provincial de Sanidad deberá elevar simultáneamente al Poder Ejecutivo y a la Legislatura, la planificación general de la asistencia sanitaria médico-social preventiva y curativa de la Provincia. En el mismo período deberá proponer el Código Bromatológico, que será de aplicación obligatoria total y general en la Provincia. Art. 141. La Provincia asegurará por medio de una legislación orgánica la defensa y protección de la maternidad y la niñez, mediante la asistencia de la madre antes, durante y después del parto y del niño en su vida y salud en los períodos de primera infancia preescolar, escolar y adolescencia, y la creación de establecimientos adecuados a tal fin. Art. 273. Son atribuciones comunes a todos los municipios, con arreglo a sus cartas y leyes orgánicas: (...) salud pública (...).
Río Negro	<u>Constitución de la Provincia de Río Negro (1988)</u>	Art. 55. (...) Son inembargables los bienes destinados a la asistencia social, salud y educación. Art. 59. La salud es un derecho esencial y un bien social que hace a la dignidad humana. Los habitantes de la Provincia tienen derecho a un completo bienestar psicofísico y espiritual, debiendo cuidar su salud y asistirse en caso de enfermedad. El sistema de salud se basa en la universalidad de la cobertura, con acciones integrales de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación. Incluye el control de los riesgos biológicos y socioambientales de todas las personas desde su concepción, para prevenir la posibilidad de enfermedad o muerte por causa que se pueda evitar. Mediante unidad de conducción, el Estado Provincial garantiza la salud a través de un sistema integrador establecido por la ley con participación de los sectores interesados en la solución de la

		problemática de la salud. Organiza y fiscaliza a los prestadores de la salud, asegurando el acceso, en todo el territorio provincial, al uso igualitario, solidario y oportuno de los más adecuados métodos y recursos de prevención, diagnóstico y terapéutica. La ley organiza consejos hospitalarios con participación de la comunidad. Los medicamentos son considerados como bien social básico y fundamental. La autoridad pública implementa un vademécum y las medidas que aseguren su acceso a todos los habitantes. Art. 84. Todos los habitantes tienen el derecho a gozar de un medio ambiente sano, libre de factores nocivos para la salud, y el deber de preservarlo y defenderlo (...). Art. 229. El Municipio tiene las siguientes facultades y deberes: 9. Participa activamente en las reas de salud, educación y vivienda; y en los organismos de similar finalidad y otros de interés municipal dentro de su jurisdicción y en los de competencia regional y provincial.
Salta	<u>Constitución de la Provincia de Salta (1998)</u>	Art. 41. DERECHO A LA SALUD: La salud es un derecho inherente a la vida y su preservación es un deber de cada persona. Es un bien social. Compete al Estado el cuidado de la salud física, mental y social de las personas, y asegurar a todos la igualdad de prestaciones ante idénticas necesidades. Art. 42. DE LOS PLANES DE SALUD: El Estado elabora el plan de salud provincial con la participación de los sectores socialmente interesados, contemplando la promoción, prevención, restauración y rehabilitación de la salud, estableciendo las prioridades con un criterio de justicia social y utilización racional de los recursos. Coordina con la Nación y las otras provincias, las políticas pertinentes, propendiendo a la integración regional en el aspecto asistencial, en la investigación y en el control de las patologías que les son comunes. El sistema de salud asegura el principio de libre elección del profesional.
San Juan	<u>Constitución de la Provincia de San Juan (1986)</u>	Art. 61. El concepto de salud es entendido de manera amplia, partiendo de una concepción del hombre como unidad biológica, psicológica y cultural en relación con su medio social. El Estado garantiza el derecho a la salud, a través de medidas que la aseguren para toda persona, sin discriminación ni limitaciones de cualquier tipo. La sociedad, el Estado y toda persona en particular, deben contribuir con realización de medidas concretas, a través de la creación de condiciones económicas, sociales, culturales y psicológicas favorables, a garantizar el derecho de salud. El Estado asigna a los medicamentos el carácter de bien social básico, garantizará por la ley el fácil acceso a los mismos. La actividad de los profesionales de la salud debe considerarse como función social. Se propende a la modernización y tratamiento interdisciplinario en la solución de los problemas de salud y a la creación de institutos de investigación.
San Luis	<u>Constitución de la Provincia de San Luis (1987)</u>	Art. 57. El concepto de salud es entendido de manera amplia, partiendo de una concepción del hombre como unidad biológica, psicológica y cultural, en relación con su medio social. El Estado garantiza el derecho a la salud, con medidas que lo aseguran para toda persona, sin discriminación ni limitaciones de ningún tipo. La sociedad, el Estado y toda persona en particular, deben contribuir con medidas concretas y, a través de la creación de condiciones económicas, sociales, culturales y psicológicas favorables, garantizar el derecho a la salud. El Estado asigna a los medicamentos el carácter de bien social básico y procura el fácil acceso a los

		mismos. Confiere dedicación preferente a la atención primaria de la salud, medicina preventiva y profilaxis de las enfermedades infecto-contagiosas. Tiene el deber de combatir las grandes epidemias, la drogadicción y el alcoholismo. La actividad de los trabajadores de la salud debe considerarse como función social, reconociéndoseles el derecho al escalafón y carrera técnico-administrativa, de conformidad con la ley. El Estado propende a la modernización y tratamiento interdisciplinario en la solución de los problemas de salud mediante la capacitación, formación y la creación de institutos de investigación.
Santa Cruz	<u>Constitución de la Provincia de Santa Cruz (1998)</u>	Art. 57. La Provincia velará por la higiene y salud pública. A tal fin se organizará un régimen sanitario preventivo y asistencial, creando centros de salud en los lugares y con los medios necesarios. La aplicación de dicho régimen estará a cargo de un Consejo Sanitario Provincial con representación del Estado, profesionales y habitantes en general. Art. 104. Corresponde al Poder Legislativo: 4) Proveer lo conducente a la prosperidad de la Provincia, a la salud pública (...). Art. 150. En el ámbito territorial que la Legislatura le fije y conforme a criterios técnicos, el Municipio desarrollará su actividad y tendrá competencia en las siguientes materias, sin perjuicio de otras que las leyes le fijen: 8) Atender lo inherente a la salubridad; la salud pública y los centros asistenciales; la higiene y moralidad pública; la minoridad, la familia y la ancianidad; la discapacidad y el desamparo; (...).
Santa Fe	<u>Constitución de la Provincia de Santa Fe (1962)</u>	Art. 19. La Provincia tutela la salud como derecho fundamental del individuo e interés de la colectividad. Con tal fin establece los derechos y deberes de la comunidad y del individuo en materia sanitaria y crea la organización técnica adecuada, para la promoción, protección y reparación de la salud, en colaboración con la Nación, otras provincias y asociaciones privadas nacionales o internacionales. Las actividades profesionales vinculadas a los fines enunciados cumplen una función social y están sometidas a la reglamentación de la ley para asegurarla. Nadie puede ser obligado a un tratamiento sanitario determinado, salvo por disposición de la ley, que en ningún caso puede exceder los límites impuestos por el respeto a la persona humana.
Santiago del Estero	<u>Constitución de la Provincia de Santiago del Estero (2005)</u>	Art. 16. Derechos individuales. Todas las personas gozan en la Provincia de los siguientes derechos: 2. A la protección de la salud, de la integridad psicofísica y moral y a la seguridad personal. Art. 21. El Estado provincial asegurará la salud como derecho fundamental de las personas, garantizando la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud integral y podrá convenir al respecto con la Nación, otras provincias y organizaciones internacionales o nacionales, oficiales o privadas, que colaboren con dicho fin. Art. 22. La Provincia dará prioridad a la atención primaria de la salud. Promoverá la protección materno infantil y la lucha contra las endemias, drogadicción, alcoholismo y las enfermedades infecto contagiosas. Art. 23. La Provincia autorizará y fiscalizará en el cumplimiento de sus objetivos, a las entidades de atención sanitaria, sean éstas de carácter público o privado. Art. 24. El medicamento es considerado un bien social, debiendo el Estado arbitrar los mecanismos que tiendan a promover su accesibilidad para todos los habitantes de la provincia, así como la fiscalización de su procedencia y calidad.

		Art. 25. El Estado promoverá la creación de centros de estudios e investigación, de formación y capacitación en materia de salud, especialmente dirigidas a las enfermedades existentes en la provincia y en la región. Promoverá una eficaz prestación del servicio de salud de acuerdo a las necesidades de la provincia, estableciéndose los escalafones de la actividad de los trabajadores de la salud, de conformidad a las leyes de carrera que reglamenten su ejercicio. Art. 26. El Estado podrá implementar la aplicación de un seguro provincial de salud para toda la población, según lo determine la ley que se dicte al efecto, así como también la progresiva implementación de la autogestión y descentralización hospitalaria.
Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur	<u>Constitución de la Provincia de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur (1991)</u>	Art. 14. Todas las personas gozan en la Provincia de los siguientes derechos: 2) A la salud, a la integridad psicofísica y moral, y a la seguridad personal. Art. 31. Todas las personas tienen en la Provincia los siguientes deberes: 9) Cuidar su salud como bien social. 13) Poner en conocimiento inmediato de las autoridades correspondientes toda situación que constituya un riesgo cierto, físico, moral o psicológico, para cualquier persona de la comunidad que se encuentre impedida de hacerlo por sus propios medios. Art. 53. El Estado provincial garantiza el derecho a la salud, mediante acciones y prestaciones, promoviendo la participación del individuo y de la comunidad. Establece, regula y fiscaliza el sistema de salud pública, integra todos los recursos y concreta la política sanitaria con el Gobierno Federal, los gobiernos provinciales, municipios e instituciones sociales, públicas y privadas. La ley de salud pública provincial deberá como mínimo: 1) Compatibilizar y coordinar la atención que brindan los sectores público y privado. 2) Implementar la atención médica con criterio integral: Prevención, protección, recuperación y rehabilitación, incluyendo el control de los riesgos biológicos, psicológicos y socioambientales. 3) Dar prioridad a la asistencia materno-infantil, sanidad escolar, tercera edad y distintos tipos y grados de discapacidad. 4) Promover acciones que protejan la salud en los ámbitos laborales. 5) Promover acciones de saneamiento ambiental. 6) Implementar la sanidad de fronteras. 7) Garantizar la atención médica a los pobladores rurales. 8) Implementar la elaboración y puesta en vigencia de un vademécum de aplicación en los hospitales y centros de salud públicos, y facilitar su acceso a toda la población. 9) Promover la permanente formación, capacitación y actualización de todos los agentes de la salud. 10) Establecer normas de prevención contra la drogadicción, combatir su origen y consecuencias y atender integralmente la rehabilitación.
Tucumán	<u>Constitución de la Provincia de Tucumán (2006)</u>	Art. 32. El domicilio no puede ser allanado sino por orden escrita y motivada de juez, por delito o falta, y por autoridad sanitaria competente, también escrita y motivada, en el modo y forma que la ley determine por razones de salud pública. Art. 134. Sin perjuicio de las que correspondan a la Provincia, son funciones, atribuciones y finalidades

		de los municipios las siguientes: 4º) Atender las siguientes materias: b) Asistencia social, salud y centros asistenciales. Art. 146. El Estado reconoce la salud como derecho fundamental de la persona. Le compete el cuidado de la salud física, mental y social de las personas. Es su obligación ineludible garantizar el derecho a la salud integral pública y gratuita a todos sus habitantes, sin distinción alguna, mediante la adopción de medidas preventivas, sanitarias y sociales adecuadas. La Provincia reserva para sí la potestad del poder de policía en materia de legislación y administración de salud. Todas las personas tienen derecho a recibir atención médica en los hospitales y establecimientos públicos de salud. Si al momento de requerir el servicio, el ciudadano careciera de medios y no existiera capacidad asistencial por parte del Estado, éste deberá derivarlo a otros efectores sanitarios a costa del Estado provincial. Se dará especial protección a las personas con discapacidad y se asegurará la prestación de atención médica, de servicios de rehabilitación y de apoyo. Se deberán diseñar programas de protección integral de los discapacitados, para que el entorno físico sea accesible y para asegurar su plena integración e igualdad de oportunidades. El medicamento es considerado un bien social básico, siendo obligación del Estado arbitrar los mecanismos que garanticen su accesibilidad para todos los habitantes de la Provincia, así como fiscalizar su procedencia y calidad. El Estado garantizará el derecho a la vida desde la concepción.
--	--	---

Fuente: elaboración propia en base al contenido de las Constituciones Provinciales y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Bibliografía

Abramovich, V., & Pautassi, L. (2008, septiembre 2). [El derecho a la salud en los tribunales: algunos efectos del activismo judicial sobre el sistema de salud en Argentina](#). Scielo.

Acuña, C., & Chudnovsky, M. (2002). El sistema de salud en Argentina. (Documento de trabajo nro 60). Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional –CEDI–, Fundación Gobierno.

Arce, H. E. (2013). Evolución histórica del Sistema de Salud argentino a lo largo del Siglo XX. IUCS – Fundación H. A. Barceló.

Artaza Barrios, O., et al. (2017). Funciones esenciales de salud pública: su implementación en Argentina y desafíos hacia salud universal: experiencia federal. Organización Panamericana de la Salud – OPS.

Balbín, Carlos F. (2015). Tratado de Derecho Administrativo, 2ª edición actualizada y ampliada, Buenos Aires: La Ley. Tomo I.

Ballesteros, M. S. (2017). [El sistema sanitario argentino: un análisis a partir de la evolución de los establecimientos de salud desde mediados del siglo XX a la actualidad](#). Millcayac – Revista Digital De Ciencias Sociales, 4(6), 169–174.

Bidart Campos, G. (2003). Lo viejo y lo nuevo en el derecho a la salud: entre 1853 y 2003. Suplemento de Derecho Constitucional, 157.

Bizarro, V., & Bernal, M. (2020). Los arreglos institucionales pendientes y las relaciones intergubernamentales en el federalismo fiscal argentino. Anales De La Facultad De Ciencias Jurídicas Y Sociales De La Universidad Nacional De La Plata.

Bonpland, J., & Bozzolo, R. (2018). El Sistema de Salud Argentino: problemas y propuestas para su desarrollo integrado.

Casal, A. (2011, julio 6). [Federalismo y Salud. Tensión entre nación-provincias](#).

Cejas, C., Maceira, D., & Olaviaga, S. (2010). Por qué apostar a los seguros provinciales de salud. (Documento de Políticas Públicas n° 76). Programa de Salud, Área de Desarrollo Social.

Chiara, M. (2016). [Las relaciones intergubernamentales como problema y el territorio como argumento: políticas de salud en Argentina \(2008/2014\)](#). Revista Perspectivas de Políticas Públicas, 6(10), 1–22.

Chiara, M. (2018). La salud gobernada. Política sanitaria 2001–2011. Ediciones UNGS.

Corte Suprema de Justicia de la Nación (2020). [Derecho a la Salud](#).

Elhauge, E. (2010). [The Fragmentation of U.S. Health Care. Causes and solutions.](#) Oxford University Press; 1era edición.

Fernandez Wiedmann, M. (2021). El Consejo Federal de Salud: su funcionamiento durante el período 2006–2018. Universidad de Buenos Aires.

Ministerio de Salud. (2022). Marco Normativo en Salud y la Agenda Legislativa. Bases preliminares para una revisión sistemática de la inequidad en la legislación vigente.

Ministerio de Salud de la Nación. (2023). Coberturas de Salud en Argentina.

Obinger, H., Leibfried, S., & Castles, F. (Eds.). (2005). Federalism and the Welfare State: New World and European Experiences. Cambridge University Press.

Organización Mundial de la Salud (2023). Global Health Expenditure Database. Current health expenditure (% of GDP)

Organización Panamericana de la Salud (OPS), Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), & Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). (2011). El sistema de Salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros. Aportes para el Desarrollo Humano en Argentina (No. 6).

Ortega, J., & Espósito, S. (2017). La autonomía del derecho sanitario en la organización institucional de las provincias argentinas. A dicotomía do Princípio da Integralidade do SUS. Revista Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário, 6(3), 159–179.

Pizzolo, C. (2006). Validez jurídica en el ordenamiento argentino. El Bloque de Constitucionalidad Federal. La Ley, 10/7/2006.

Potenza Dal Masetto, M. (2012). La implementación del Plan Nacer en ámbitos subnacionales. CIPPEC – Programa de Protección Social, Área de Desarrollo Social.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (2011). El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros, Aportes para el Desarrollo Humano en Argentina. Buenos Aires: Pnud.

Pujol, M. J. (2017). [Judicialización de la salud: el caso del PMO.](#) (Trabajo final de graduación, Universidad Siglo XXI).

Rodríguez Richieri, P., & Tobar, F. (2003). El Consejo Federal de Salud Argentino (CO.FE.SA.). Actor clave en la construcción de un federalismo sanitario efectivo. Ministerio de Salud de la Nación.

Sapienza, C. y Fotia Perniciaro, L. (2022). [Estudio cualitativo sobre la fragmentación y segmentación del sistema sanitario desde las experiencias de personas gestantes durante la pandemia por Covid-19 en La Plata.](#)

Serafinoff, V. (2012). [Los Consejos Federales: ¿espacios para la institucionalización de las relaciones intergubernamentales o una manifestación de la "explotación oportunista"?](#) Voces en el Fénix, 18.

Verri, R., Belanti, F., & Belanti, M. (2020). La coordinación en materia sanitaria en el federalismo argentino. En B. Marcelo (Ed.), Un federalismo en pausa (pp. 165–216). EUDEBA; Universidad Nacional de Córdoba.