

Diseño institucional y problemas funcionales de la coordinación intergubernamental en materia de salud en Argentina. Los consejos federales sanitarios

Institutional Design and Functional Issues in Intergovernmental Coordination in Health Matters in Argentina: The Federal Health Councils.

Marcelo Bernal¹; Romina Verri²

DOI: [https://doi.org/10.37767/2591-3476\(2024\)14](https://doi.org/10.37767/2591-3476(2024)14)

Fecha de envío: 30.06.2024

Fecha de aceptación: 05.09.2024

RESUMEN:

En el presente trabajo se aborda la problemática de la coordinación intergubernamental sectorial en los sistemas políticos federales y su relevancia para un funcionamiento cooperativo y balanceado de las competencias de los diferentes niveles de gobierno. En Argentina, este tipo de coordinación está a cargo de los denominados consejos federales, existiendo en el ámbito de la salud pública varios de ellos que operan de manera paralela, siendo el más significativo el Consejo Federal de Salud.

Desde el marco teórico de las salvaguardas federales proponemos analizar la posibilidad de que este tipo de consejos se conviertan en un mecanismo adecuado de balances de poder entre el gobierno federal y los gobiernos subnacionales, apelando al desarrollo de categorías e indicadores funcionales propuestos recientemente por la catedrática ale-

1 Abogado por la Universidad Nacional de Córdoba. Magister en Relaciones Internacionales del Centro de Estudios Avanzados de la UNC. Magister en Dirección y Gestión Pública Local por la Universidad Carlos III de Madrid. Doctor en Derecho por la Universidad Nacional de Cuyo. Profesor de Derecho Constitucional y Derecho Público Provincial en la Facultad de Derecho y de Derecho Constitucional y Administrativo de la Facultad de Ciencias Económicas de la UNC. Profesor Titular de Derecho Público Provincial y Municipal en la Facultad de Derecho de la Universidad Nacional de Catamarca. Es investigador de la Universidad Siglo21. Director de proyectos de investigación en la Universidad Nacional de Córdoba y en la Universidad Siglo 21 y miembro de equipos de investigación el extranjero sobre temáticas vinculadas con el federalismo y la coordinación intergubernamental. Autor de numerosas publicaciones especializadas. Correo electrónico: marcelo.bernal@unc.edu.ar <https://orcid.org/0000-0001-7103-2243>

2 Abogada por la Facultad de Derecho de la Universidad Nacional de Córdoba. Máster en Justicia Constitucional y DDHH por la Universidad de Bologna. Profesora de Derecho Constitucional en las Facultades de Derecho y de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de Córdoba y de Derecho Constitucional y Derecho Público Provincial y Municipal en la Universidad Siglo21. Es investigadora de la Universidad Siglo21. Miembro titular de la Asociación Argentina de Derecho Constitucional y del Instituto de Federalismo de la Academia Nacional de Derecho. Participa en proyectos de investigación en materia de federalismo y RIG. Posee publicaciones en el área de las investigaciones antes referidas. Correo electrónico: romina.verri@unc.edu.ar. <https://orcid.org/0009-0002-5898-6143>

mana Johanna Schnabel, y que han contado con un alto grado de reconocimiento en la literatura especializada.

A partir de ello analizamos el funcionamiento de los actuales ámbitos de coordinación sanitaria existentes en el país, trazando un diagnóstico acerca de su nivel de institucionalización, capacidad de generar acuerdos vinculantes o de resolver conflictos interjurisdiccionales, como sucede en las experiencias federales más consolidadas del planeta.

ABSTRACT

This paper addresses the problem of intergovernmental sectoral coordination in federal political systems and its relevance for a coordinated and balanced functioning of the powers of the different levels of government. In Argentina, this type of coordination is the responsibility of the so-called federal councils, and in the field of public health there are several of them that operate in parallel, the most significant being the Federal Health Council.

From the theoretical framework of federal safeguards, we propose to analyze the possibility that this type of councils become an adequate mechanism for the balance of power between the federal government and subnational governments, appealing to the development of functional categories and indicators recently proposed by the German professor Johanna Schnabel, and which have had a high degree of recognition in the specialized literature.

Based on this, we analyze the functioning of the current areas of health coordination existing in the country, making a diagnosis of their level of institutionalization, capacity to generate binding agreements or resolve interjurisdictional conflicts, as occurs in the most consolidated federal experiences on the planet.

PALABRAS CLAVE: Federalismo argentino. Coordinación intergubernamental. Consejos Federales. Consejo Federal de Salud.

KEY WORDS: Argentine federalism. Intergovernmental coordination. Federal Councils. Federal Health Council.

I. Introducción

Los sistemas federales son, por definición, organizaciones políticas complejas en donde coexisten dos o más niveles de gobierno dotados de diferentes grados de autonomía y con capacidad legislativa en el marco de sus competencias propias o conservadas. Ello implica que en un mismo territorio operan diferentes niveles gubernamentales orientados al cumplimiento de objetivos comunes de políticas públicas.

Los federalismos modernos han mutado progresivamente de aquellos diseños duales iniciales (cada nivel de gobierno se ocupa de sus competencias y consigue para ello sus propios recursos), a los actuales federalismos cooperativos o entrelazados en donde las competencias son crecientemente compartidas (exigen la decisión común de dos o más niveles de gobierno) o concurrentes (dos o más niveles de gobierno operan en un mismo territorio sobre la misma problemática).

Este esquema en el que múltiples agencias especializadas de diferentes esferas gubernamentales se ocupan paralelamente en un mismo espacio territorial de determinadas políticas sectoriales, conlleva el riesgo de la duplicación de las políticas públicas, de la

excesiva burocratización, del derroche de los recursos públicos (por naturaleza escasos) y de un probable solapamiento de estas funciones. Por ello, la coordinación intergubernamental y el diseño de las normas, instituciones, procesos y actores que la llevan adelante, campo disciplinar comúnmente denominado relaciones intergubernamentales (en adelante RIG), es un tema central en la agenda actual de los estudios del Estado descentralizado alrededor del planeta.

Una de las herramientas de coordinación de aquellas políticas que se gestionan en común, o que han sido parte de procesos de descentralización o devolución de competencias, son los consejos intergubernamentales. Los mismos tienen un alto grado de desarrollo e institucionalización en la mayoría de las experiencias federativas en el planeta. En nuestro país se originan en la etapa desarrollista y se multiplican entre los años setenta y noventa del siglo pasado, en el marco de fuertes procesos de reformas estatales. Actualmente son más de cuarenta, no todos funcionan de manera continuada y cuentan con diseños institucionales heterogéneos y disímiles resultados en materias de coordinación sectorial. El propósito de este trabajo es analizar el diseño institucional y las principales características funcionales de los consejos que coordinan la materia sanitaria en el país, con especial énfasis en el estudio de los Consejos Federales de Salud y Legislativo de Salud.

Para ello, y luego de una somera descripción del sistema de salud argentino y sus principales actores, tomaremos como referencia los estudios que lleva adelante Johanna Sch-nabel (2016-2020-2022-2023), destacada catedrática de la Universidad de Libre de Berlín, que ha propuesto a los consejos intergubernamentales como una salvaguarda federal, o mecanismo de balance de poder en un Estado federal, describiendo aquellos aspectos institucionales, operativos y decisorios que hacen que estas instancias de intermediación cuenten con altos grados de éxito en materia de coordinación de políticas interjurisdiccionales en federalismos altamente consolidados como el alemán, australiano, suizo o canadiense.

Intentaremos a lo largo de este breve trabajo evidenciar si aquellos elementos que vuelven útiles y eficaces a los consejos intergubernamentales propuestos por dicha autora se reflejan en la dinámica de funcionamiento de nuestros consejos de coordinación de la salud pública en el país.

II. Breve descripción de nuestro sistema sanitario

En los comienzos de la organización nacional, la provisión de servicios de salud se desarrolló alrededor de un grupo de prestadores que comprendían establecimientos de asistencia pública, hospitales públicos especializados, mutuales y establecimientos privados, sin intervención del Estado en la organización del sector y en la definición de una política de salud nacional (Cetrángolo y Devoto, 2002: 4).

Con la llegada de un modelo de Estado intervencionista y centralista, a mediados de la década del cuarenta del siglo pasado, el sector público comenzó a ocupar un rol preponderante, tanto en su carácter de prestador como de encargado del diseño y desarrollo de políticas específicas para el sector. Durante el gobierno de Perón, el ministro Carrillo impulsó la expansión de un sistema de salud pública centralizado con un amplio programa de construcciones hospitalarias a lo largo del territorio nacional. En los setenta, con el desarrollo de las obras sociales (instituciones de salud de la seguridad social), el siste-

ma amplió rápidamente la cobertura, aunque con una gran fragmentación³. En los años setenta, asimismo, comienza a delinearse el proceso descentralizador. De tal modo, el sector público, con el refuerzo del sistema de obras sociales (mayoritariamente de origen sindical) y el progresivo crecimiento del sector privado, se fue paulatinamente reorientando para responder a las demandas de sectores de menos recursos o sin ningún tipo de cobertura. Este modelo permitió también la concentración de poder político y económico en manos de los sindicatos (Cetrángolo y Gatto, 2002:15). Llegados los noventa, un nuevo proceso descentralizador llevado a cabo en salud implicó, de acuerdo con Cingolani y Lardone (2006: 160-161), la transferencia de los últimos hospitales de la Nación a las provincias y el inicio de cierta descentralización microeconómica impulsada por el Estado central hacia el nivel de los hospitales bajo la figura de hospitales de autogestión. Algunas provincias descentralizaron y trasladaron también competencias y funciones a los niveles locales (En Bernal y Verri, 2023: 38-39).

En cuanto a su organización, en la actualidad el sistema de salud está compuesto por tres grandes subsistemas: público, de la seguridad social y privado. Asimismo, la fragmentación antes aludida se proyecta en cada uno de los subsectores señalados. El subsistema público se subdivide en los niveles nacional, provincial y municipal; considerando como mínimo el ámbito nacional, los provinciales y CABA tenemos veinticinco jurisdicciones diferentes operando en la materia. A ello se añaden decenas de gobiernos locales que brindan servicios sanitarios de mediana y alta complejidad, y el conjunto de los municipios del país que están en mayor o menor medida vinculados con la atención primaria de la salud (Bernal y Verri, 2023: 38).

Por su parte, el subsistema de la seguridad social está integrado por un importante número de obras sociales privadas a las que se suman las existentes en los niveles nacional y provincial, como así también las que se sustentan en regímenes específicos (universitarias, militares, etc.). El subsector, a su vez, se diversifica en no menos de cuatro universos diferentes:

1. Obras sociales nacionales (292 en total, con cobertura para una población de 14.000.000 de personas) y, entre ellas, una de especiales características: el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSjyP), habitualmente conocido como PAMI, siglas del Plan de Atención Médica Integral, y que cubre a 4.800.000 afiliados.
2. Obras sociales provinciales: 24 obras sociales (una por cada provincia y por la CABA) que dan cobertura a cerca de 7.000.000 de personas.
3. Obras sociales de las Fuerzas Armadas y de Seguridad, cubriendo aproximadamente 800.000 personas.
4. Obras sociales de las universidades nacionales y de los poderes Legislativo y Judicial, con 320.000 beneficiarios⁴.

³ La expansión de las obras sociales se convirtió en el pivote articulador del desarrollo global del sector, en especial de su componente privado; orientando su demanda hacia prestadores privados, empresas químico-farmacéuticas y productores de equipamiento médico, lo que fue determinante en el crecimiento del subsector privado (Cetrángolo y Devoto, 2002:15).

⁴ Datos contenidos en un Informe sobre Obras Sociales de la Fundación CECE, elaborado por Cetrángolo y Goldschmit. Esquema 1: Cobertura de los subsistemas de Salud en Argentina, 2015 (pág. 5). Fuentes mencionadas por los autores: proyecciones poblacionales de INDEC y datos proporcionados por el INSSjyP, Superintendencia de Servicios de Salud y COSSPRA (2018: 5).

Por último, el subsector privado, con rasgos diferenciados según regiones, tipos de prestadores y destinatarios de sus servicios, está conformado por seguros voluntarios –denominados comúnmente medicina prepaga–, cuenta con numerosas entidades prestadoras de servicios y con una población cubierta de aproximadamente 2.500.000 habitantes (En Bernal y Verri, 2023: 40).

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) el sistema argentino es uno de los más fragmentados de la región. Dicha fragmentación obedece en gran medida a la organización federal de nuestro país –lo que posibilitó a cada una de las veintitrés provincias la regulación de sus sistemas de salud–, y al desarrollo históricamente desintegrado de la seguridad social en un centenar de entidades. Dicha segmentación se reproduce en tres niveles: a) de cobertura, dado que no toda la población tiene acceso a prestaciones y beneficios de salud similares; b) regulatoria, puesto que las capacidades de rectoría y regulación están repartidas en las veinticuatro jurisdicciones y los diversos subsectores; y c) territorial, debido a las marcadas diferencias de desarrollo económico entre las diversas regiones de la nación (OMS, 2017).

La autoridad sanitaria nacional es el Ministerio de Salud de la Nación, el que posee una limitada capacidad para incidir en los gobiernos provinciales a la hora de imponer innovaciones legislativas o disposiciones administrativas que deriven en modificaciones estructurales, y conserva un pequeño núcleo residual de instituciones sanitarias y científicas bajo su órbita. Del área dependen los Consejos Federales de Salud y Legislativo de Salud como instancia de coordinación interjurisdiccional cuya composición, funcionamiento y desempeño analizaremos en este trabajo.

Las principales problemáticas de gestión sanitaria en el sector público emergen, por un lado, del poco planificado e impuesto proceso descentralizador llevado a cabo en el eje Nación - provincias, el que persiguiendo finalidades fiscales trasladó a las provincias la pesada tarea de gestionar e integrar dos sistemas desacoplados, teniendo como principal consecuencia una mala distribución de la salud pública y bajos estándares de calidad en el territorio nacional. Un segundo factor es el paulatino desfinanciamiento de la salud pública en instancias subnacionales de gobierno, fruto de las recurrentes crisis económicas que ha transitado el país en las últimas décadas, y que condiciona la calidad, el alcance y la cobertura de las diferentes prestaciones sanitarias. El tercer elemento es la escasa capacidad estatal multinivel de coordinar normativa y operativamente a un sistema fragmentado y fuertemente tensionado por las demandas de acceso y por la escasez de recursos, como vimos en la reciente crisis sanitaria global de los años 2020-2022.

Por ello, es pertinente analizar en profundidad los mecanismos de coordinación intergubernamental en materia sanitaria en el país, con especial énfasis en el diseño y funcionamiento de los Consejos Federales, pensados en su momento como el espacio idóneo de debate y concertación de políticas en el país.

III. Los Consejos Intergubernamentales y su relevancia para la gestión de las tensiones intrafederales

En el marco del estudio del modo en que las federaciones afrontan y gestionan tensiones adquiere importancia reparar en los Consejos intergubernamentales, en tanto los mismos pueden contribuir a la estabilidad federal al ayudar a proteger la autonomía de las unidades constitutivas de la federación, lo que significa en palabras de Schnabel que

ayudan a la consecución del propósito del federalismo (Schnabel, 2023: 41).

Una pregunta oportuna es determinar qué condiciones deben tener estos organismos para contribuir de modo productivo a las dinámicas de una federación y a su balance de poder. Esta temática se torna relevante en el caso de aquellas agendas de políticas públicas en las que hay interdependencia, cuando los gobiernos comparten jurisdicción (Behnke, 2018; Bolleyer y Thorlakson, 2012), como es el caso de la salud pública en Argentina.

Para responder a esa inquietud proponemos analizar la obra reciente de Johanna Schnabel, catedrática de la Universidad Libre de Berlín, quien analiza comparativamente este tipo de consejos intergubernamentales en las federaciones alemana, austríaca, suiza y canadiense, en sus dimensiones fiscal y educativa (2020). La autora nos propone criterios y categorías que utilizaremos para analizar los consejos intergubernamentales en materia sanitaria en el país, y observar si los mismos facilitan y promueven acciones concertadas, acuerdos multinivel y balances competenciales en la federación.

Según Schnabel (2023), los consejos pueden ser de tipo vertical, en tanto incluyan al gobierno federal, mientras que los horizontales comprenden solo a las unidades constitutivas. Los horizontales permiten que las unidades formen frentes comunes cara-a-cara con el gobierno federal a fin de ganar ventaja en la negociación con éste, pero también son usados para la coordinación horizontal de política pública. Los consejos pueden ser generales o específicos. Los primeros están conformados por jefes de gobierno o gobiernos completos y se encargan de temas transectoriales y altamente políticos. Los específicos están compuestos por ministros de cartera y discuten asuntos relacionados con el área de que se trata. En cuanto al alcance geográfico, pueden ser nacionales (todas las unidades constitutivas), multilaterales (las mayorías de las unidades constitutivas), regionales (algunas), o bilaterales (dos).

Argentina solamente cuenta con consejos de diseño vertical, con participación y coordinación necesaria por parte del gobierno nacional, tienen finalidades específicas y su alcance es nacional.

Los consejos pueden contribuir a la estabilidad federal en tanto alienten o faciliten el establecimiento de soluciones colaborativas conjuntas ayudando a proteger la autonomía de las unidades constitutivas. De ese modo se contribuye al mantenimiento de la estabilidad entre centralización y descentralización al inducir la cooperación sobre la coerción. Otro punto a favor es que los consejos intergubernamentales pueden prevenir que los gobiernos adopten soluciones unilaterales propias para problemas de política pública que los afectan a todos (Schnabel, 2023: 43). También indica la autora que pueden prevenir la imposición federal, alentando al gobierno federal a cooperar con las unidades constitutivas en lugar de imponerles política pública (Schnabel, 2023: 42).

Las características de diseño de los consejos intergubernamentales dan una idea de los patrones de interacción entre los gobiernos (Bolleyer, 2013). Concordamos en que "la manera en que están diseñados los consejos y la manera en la que operan, determinan sí y como los gobiernos alcanzan soluciones conjuntas de políticas públicas" (Schnabel, 2023: 44).

Schnabel propone pautas a seguir en el diseño de estos para prevenir pérdidas de autonomía. Según su mirada, los aspectos vinculados al diseño y funcionamiento que inciden

en la efectividad de estos institutos son: (i) la capacidad de procesar asuntos federalmente contenciosos, (ii) su grado de institucionalización y, (iii) el carácter vinculante de los productos, siendo un aspecto central el rol que en el consejo se le otorga al Gobierno federal (Schnabel, 2023: 44-52).

Sobre el primer aspecto, la autora indica que los consejos federales pueden proteger las autonomías locales si son capaces de procesar problemas de política pública que son federalmente contenciosos, es decir, asuntos en los que las unidades de la federación tienen que comprometer o negociar parte de su autonomía para construir acuerdos (p. 44). Por lo tanto, los gobiernos suelen no prestarse al tratamiento de temas que afecten su cuota de poder o de autonomía, por lo que los consejos deben generar mecanismos de incentivos para motivar a la participación; lo contrario implica retirar asuntos de la agenda del consejo y promover políticas sectoriales propias de parte de cada unidad de la federación, desmotivando el logro de políticas de acuerdo mutuo.

Son temas federalmente contenciosos las políticas públicas redistributivas, como en el caso de la política fiscal, o los referidos a política social, salud, entre otros. Los que incluyen temas altamente contenciosos, generan más o menos favorecidos generando de ese modo la disposición de los gobiernos a alcanzar soluciones colaborativas. También la cuestión de la representación política en el consejo (la idea es que los políticos y aquellos con poder para tomar decisiones sean los que participan en las reuniones del consejo y en la toma de decisiones, y que no haya posibilidad de ser reemplazados por otras instancias de la burocracia administrativa especializada que tratará los temas con perfil técnico, pero sin margen para tomar decisiones). Por último, dentro de las modalidades de funcionamiento y de toma de decisiones, se presenta la posibilidad de usar el formato de resoluciones por circular o correo electrónico por oposición a los que utilizan la modalidad de reuniones personales del formato cara a cara, siendo los segundos más aptos para gestionar temas contenciosos que los primeros (Schnabel, 2023: 45).

El grado de institucionalización de los consejos es otro aspecto importante para medir su efectividad. Los consejos altamente institucionalizados usan un procedimiento de dos pasos. El primero define la dirección principal de la reforma y, una vez que se logra acuerdo en lo respectivo a la meta general de la política pública, los miembros del consejo deciden sobre especificidades, tomando de nuevo propuestas, recomendaciones y borradores de grupos de trabajo, comités, o el secretariado (Schnabel, 2023: 46). En estos casos habría varias ventajas, ya que se trabaja en la resolución de problemas de modo coordinado y las soluciones son de tipo colaborativo y generalmente aceptadas por los miembros, ya que trascienden en la mera convergencia momentánea de intereses de un grupo de actores individuales (Bolleyer, 2009: 25).

Las interacciones son estables y continuas y hay posibilidades de monitoreo en la implementación y el cumplimiento. En consejos con institucionalización débil, la interacción ocurre de manera ad hoc, expresando la gestión de la contingencia de intereses en lugar de darle forma una política de largo plazo definida de manera conjunta. Hay carencia de estructura para resolver problemas y una baja tendencia a la discusión y al seguimiento en la implementación.

La autora señala como indicadores de un alto nivel de institucionalización: la alta frecuencia de reuniones, la existencia de una secretaría/secretariado (permanente), la pre-

sencia de varios comités o grupos de trabajo, y estatutos que formalicen la operación del consejo (Schnabel, 2022). En ese marco son signos de institucionalización: una agenda de reuniones regulares, continuas, y con frecuencia previsible (mensual, semestral, anual, entre otros formatos). Ello permite encuentros de planificación, de decisión y de seguimiento. Una secretaría permanente permite una mayor planificación de la agenda y la posibilidad de manejar la dinámica de trabajo y la confección organizada de borradores de trabajo, así como el logro de resoluciones finales más compactas con una labor previa de mayor consenso y profundidad. Como señala la autora, "las reuniones regulares y frecuentes limitan el alcance de los gobiernos para recurrir al unilateralismo" (Schnabel, 2023: 46-47).

En cuanto al carácter vinculante de los productos, se entiende por ello los acuerdos, las resoluciones, los documentos que emanan de los consejos⁵. Si las resoluciones de los consejos resultan vinculantes para los miembros, hay mayor posibilidad de protección de la autonomía de las unidades constitutivas. Además, un alto grado de vinculatoriedad implica incentivos fuertes para apegarse a una solución conjunta de política pública. En cambio, si la misma no existe o es más débil, hay más espacio para el unilateralismo (Schnabel, 2023: 49).

Otro indicador del grado de vinculatoriedad se refiere a los niveles de coordinación, la autora cita cuatro niveles: coordinación negativa (referida al intercambio mutuo de información entre los gobiernos), coordinación positiva (implica coordinación activa y compromiso de recursos económicos o de otro tipo), integración de objetivos de política pública (aquí hay compromiso en el logro de objetivos conjuntos de política pública, como puede ser incremento de prestaciones de salud pública o elevación de estándares en el área) e integración de la implementación de política pública (en este caso los gobiernos no sólo establecen objetivos conjuntos de política pública sino también definen cómo conseguirlos delineando instrumentos que generalmente incluyen mecanismos de seguimiento y monitoreo como el caso de la confección e intercambio de reportes anuales). De ese modo, tanto la forma del producto como el nivel de coordinación constituyen indicadores del grado de vinculatoriedad de los productos que emanan de los consejos, y cuando se presentan los indicadores más elevados habría más incentivos para el cumplimiento de una solución de política pública de manera conjunta entre los integrantes de una federación (Schnabel, 2022: 63).

En cuanto al lugar y al peso del gobierno federal en el Consejo, la autora propicia un diseño de manera tal que no sea manejado por el gobierno federal, toda vez que, si el gobierno federal cuenta con el manejo de la presidencia y provee las secretarías, dispone la agenda, decide la frecuencia de las reuniones, o puede evitarlas, entre otros mecanismos, genera desbalances a favor del gobierno central en desmedro de las autonomías locales.

Por lo tanto, para Schnabel (2023: 45) es esperable que los consejos sean efectivos en proteger la autonomía si tienen capacidad de procesar asuntos de política pública federalmente contenciosos, están altamente institucionalizados, producen resultados y no están dominados por el gobierno federal. Los altamente institucionalizados son más proclives

5 La autora aclara que, respecto a los tipos de producto de consejo, existen en lo general cuatro formas que pueden tomar tales productos, con creciente vinculatoriedad: reportes, declaraciones, planes de acción y acuerdos intergubernamentales. Los productos de un consejo también pueden ser comunicados de prensa. Estos pueden informar sobre una solución conjunta (p. ej., su contenido, intención o génesis), empero no son vinculantes para los miembros del consejo (Schnabel, 2023, p. 49 y nota 9, p. 50).

a monitorear la implementación de soluciones conjuntas. Tal monitoreo previene problemas de cumplimiento a través de señalamientos públicos. Los problemas de cumplimiento son menos comunes si los consejos pueden procesar asuntos contenciosos y tienen productos por lo menos vinculantes a nivel político. La alta institucionalización permite el logro de soluciones conjuntas que respeten o al menos consideren los intereses y preferencias de cada una de las partes de la federación. Por el contrario, la baja institucionalización y el manejo del consejo por el gobierno federal pueden ser promotores de instancias de centralización y de unilateralismo decisorio contrario a los objetivos federativos.

En los puntos siguientes analizaremos desde este enfoque el diseño, funcionamiento, tipo y grado de institucionalización de los consejos federales que operan en materia sanitaria en el país.

IV. El Consejo Federal de Salud en Argentina

IV.1. Descripción del organismo

El Consejo Federal de Salud (COFESA) fue creado por el decreto 22.373 del año 1981, ratificado legislativamente luego del retorno de la democracia. El COFESA se erige como el espacio de coordinación intergubernamental en materia sanitaria, y en su seno se tramitan los acuerdos relevantes entre las diferentes jurisdicciones. El órgano está integrado por las máximas autoridades de salud de la Nación, de las provincias y de la CABA, y está presidido por el Ministro de Salud de la Nación. En su organización interna cuenta con una Secretaría Permanente que tiene a su cargo la coordinación general. Entre sus atribuciones, se destacan la coordinación del desarrollo sectorial en materia de salud; la apreciación de los problemas de salud comunes a todo el país, de las de cada provincia y de cada región en particular; y el análisis de las acciones desarrolladas (Art. 2 Ley 22.373). En cuanto a la dinámica deliberativa, el Consejo promueve en su seno debates, acuerdos generales y líneas de trabajo orientados a consolidar una política sectorial estable de alcance nacional y la recomendación de cursos de acción aconsejables para su instrumentación en los casos concretos y en las diferentes jurisdicciones.

El COFESA adopta dos modalidades de reuniones anuales: ordinarias (un mínimo de dos veces por año) y extraordinarias (se convocan a iniciativa del presidente, o cuando lo soliciten no menos de cinco de las jurisdicciones representadas en el Consejo, con indicación del temario y antelación, suficiente para su oportuna convocatoria). El presidente podrá solicitar la concurrencia a las reuniones del Consejo con carácter de invitados especiales permanentes -u ocasionales según la índole del temario- de representantes de organismos oficiales, de entidades privadas y de personalidades de significativa representatividad en actividades vinculadas con el campo de la salud, a fin de facilitar la manifestación de opiniones intersectoriales.

En cuanto a sus funciones de coordinación de los niveles gubernamentales, el organismo busca compatibilizar los programas conducidos por la autoridad sanitaria nacional con las autoridades de cada jurisdicción, a fin de lograr coincidencias en los criterios operativos, en la afectación de los recursos disponibles y en la selección de métodos de evaluación de las acciones sanitarias, estimulando la regionalización y/o zonificación de los servicios. Dentro de sus competencias se encuentra también la de contribuir al desarrollo de un sistema federal de salud, siendo la coordinación intersectorial e interjurisdiccional con mirada territorial, una línea prioritaria de trabajo en su agenda.

El funcionamiento del COFESA es dinamizado principalmente desde la autoridad de aplicación federal. Las provincias suelen presentar un rol reactivo, lo cual no significa pasivo, e incluso algunas de éstas participan con iniciativas importantes. Rey (2013: 9) detalla períodos en los que el gobierno nacional tuvo un poder central determinante, y en los que las decisiones se tornaron más verticales, con otros en los que la dinámica del acuerdo era más factible.

Uno de los problemas es la falta de acceso a información pública de calidad en cuanto al funcionamiento del organismo. Solo existe un registro de actas anuales labradas en el seno del Consejo, de las que se analizan para este trabajo las correspondientes a los años 2020 a 2023. De su lectura surge que el organismo cuenta con una agenda incierta, no existiendo en los hechos un cronograma anual de reuniones acordado entre sus miembros ni una determinación anticipada de los temas o problemas a abordar. La frecuencia y la materia de los encuentros parecen corresponder a decisiones políticas no predeterminadas y atadas a cuestiones financieras o de coyuntura.

No hay datos institucionales del modo en que se designa a la Secretaría Permanente, la que debería recaer en la burocracia especializada del organismo, pero que sin embargo es designada por la autoridad ministerial o equivalente en salud en el ámbito nacional, en tanto dicha Secretaría funciona en la órbita de la cartera de salud. Por ello la designación y el funcionamiento de la Secretaría no responden a una decisión del pleno del órgano.

IV.2. Una mirada crítica del COFESA a la luz de la propuesta de Schnabel

Analizando el COFESA a partir de las categorías que propone Schnabel, los resultados en cuanto a su efectividad orientada al resguardo de la autonomía subnacional como modo de promover la estabilidad del sistema federal, no son alentadores.

Las características generales del Consejo Federal de Salud son: en cuanto a la membresía, es de tipo vertical, en tanto incluye al gobierno federal. Sobre el alcance temático del consejo, el argentino es de tipo específico, conformado por los ministros del área (salud) de todas las jurisdicciones, y en cuanto al alcance geográfico, es de tipo nacional, compuesto por los representantes de todas las unidades constitutivas.

En relación al enfoque que mira el peso específico del gobierno central en el organismo, el modelo argentino presenta un claro desbalance a favor de la autoridad nacional, ya que preside el órgano y en general establece la agenda de las reuniones, convoca las mismas y decide las temáticas a abordar. A su vez, las unidades subnacionales carecen de poder de decisión en cuanto a la frecuencia y las materias a debatir.

También el COFESA presenta un bajo nivel de institucionalización, en tanto como se mencionó antes, las reuniones no responden a un cronograma prefijado ni son regulares ni periódicas. La Secretaría Permanente ni siquiera figura en el organigrama funcional actual del Ministerio. En cuanto su conformación, si bien las unidades subnacionales están representadas por los ministros de cartera de cada jurisdicción, ello no resulta un elemento decisivo para el éxito funcional del organismo, en tanto las decisiones que se adoptan no tienen naturaleza vinculante para las partes.

Al aplicar la categoría de análisis de la autora vinculada a la capacidad del consejo para

procesar asuntos federalmente contenciosos, las respuestas no son mejores, dado que la mayoría de los acuerdos sanitarios en el país surgen de reuniones intergubernamentales informales (algunos incluyen a ciertas jurisdicciones, excluyendo a las restantes), acuerdos legislativos en el seno del Congreso de la Nación sin participación del COFESA o, en casos de conflictos irresueltos desde arenas políticas, apelando a la Corte Suprema de Justicia de la Nación como intérprete final y árbitro para la resolución de controversias multinivel.

De lo analizado surge que, conforme el diseño del órgano y de los procedimientos previstos para la toma de decisiones, las unidades constitutivas son invitadas a abordar una agenda que no deciden y en la que no pueden incidir, ampliar o modificar. Así, las provincias participan de un proceso cuya orientación temática y contenido final resultan definidos en otras esferas de gestión (Ejecutivo o Legislativo nacional, acuerdos intersectoriales formales o informales) y (algunas veces) ratificados en la instancia interministerial del COFESA, motivo por el cual el organismo no resulta un espacio atractivo para los gobiernos provinciales.

El Consejo Federal de Salud tiene también las limitaciones funcionales de contar en su seno con representación exclusiva de los poderes ejecutivos (nacional y provinciales), sin facultades de articulación con los órganos legislativos de cada nivel de gobierno ni con otros actores privados o corporativos que operan en el sistema sanitario. Ese tipo de diseño limita las posibilidades de acción y decisión del Consejo y le priva de una mirada integral de los problemas que afectan al sistema. Una modificación de este tipo complejizaría el proceso de toma de decisiones y politizaría el órgano – tal como señala Schnabel- pero le daría también mayor peso específico en la decisión de las políticas sanitarias de la federación.

Este punto debiera articularse también con la implementación de niveles de obligatoriedad de sus decisiones, lo que dotaría al espacio de relevancia en la definición de la política sanitaria multinivel. Como hemos anticipado, las decisiones emergentes de sus debates no resultan vinculantes para las unidades constitutivas. Ello debilita el Consejo como resorte útil para la gestión de las tensiones intra federales. Genera más recomendaciones que definiciones de las que siga algún resultado efectivo. Esto deja abierto el camino para el unilateralismo y, por lo tanto, para un avance no deseado del gobierno federal sobre la zona de competencia de las unidades subnacionales.

Mirado el caso del COFESA a la luz del grado de institucionalización de los procesos de toma de decisiones, como se dijo antes, el resultado no muestra que el organismo pueda funcionar como resguardo de las autonomías subnacionales frente a avances del gobierno central. Como no existe una agenda formalizada y preestablecida, periodicidad de las reuniones ni obligatoriedad de las mismas, los representantes de las provincias asisten a los encuentros motivados por incentivos redistributivos existentes en diferentes planes, programas y fondos, antes que por un genuino interés en debatir la política sanitaria y su necesaria coordinación. Tampoco se ha contemplado la posibilidad de que la autoridad de coordinación del COFESA sea elegida por las partes, o que exista una rotación periódica de la misma, estrategias utilizadas habitualmente en este tipo de espacios.

Otro factor que quita peso específico en la coordinación sanitaria al COFESA es la inexistencia en su seno de grupos de trabajo estables de formato multinivel en donde convivan

y se retroalimenten las miradas nacional y subnacional de la política sanitaria, dado que la primera principalmente coordina el subsistema, mientras que las segundas gestionan cotidianamente enormes aparatos y la actividad de miles de profesionales de la salud. La ausencia de diálogo técnico entre burocracias multinivel estables es también un fuerte déficit de capacidades institucionales del organismo a revisar.

V. El Consejo Federal Legislativo de Salud

V.1. Descripción del organismo

El Consejo Federal Legislativo de Salud fue creado por la Ley 27.054/2014 en el marco del Pacto Federal Legislativo de Salud, que data del 2009. Dicho Convenio, en su art. 1º dispone la creación del Consejo Federal Legislativo de Salud (COFELESA) como organismo deliberativo de origen político que tendrá por objeto la articulación y promoción de políticas legislativas comunes en materia de salud en todo el territorio nacional. Este dispositivo institucional aparece como una novedosa instancia de coordinación multinivel orientada a la producción legislativa en materia sanitaria.

En cuanto a su integración, cuenta con un presidente que es elegido entre sus miembros por la Asamblea del Consejo. Dicha autoridad preside la Mesa de Conducción y la Asamblea. Cuenta con cuatro secretarías ocupadas por legisladores con mandato vigente o cumplido. Tienen la función de asistir al presidente en el período de su mandato.

La Mesa de Conducción tiene como competencias: a) Cumplir y hacer cumplir las normas que rigen el funcionamiento del COFELESA; b) Solicitar asesoramiento e información de expertos para el estudio, elaboración de proyectos legislativos, revisión y control de la aplicación de las leyes relativas a salud; c) Determinar el lugar y fecha de reunión de la asamblea; d) Nombrar comisiones de trabajo; e) Ejecutar las resoluciones de la asamblea; f) Ejercer la representación del Consejo ante organismos públicos y privados; g) Decidir la convocatoria a asamblea extraordinaria en casos de urgencia; h) Informar a la asamblea sobre el estado de avance del trámite de los proyectos que impulse el Consejo en las distintas legislaturas; e i) Realizar todo otro acto administrativo.

La Asamblea legislativa del COFELESA la conforman los miembros de las Comisiones de Salud o su equivalente, cualquiera sea su denominación, del Senado de la Nación y de la Cámara de Diputados de la Nación, de cada una de las legislaturas provinciales y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Son sus atribuciones: a) Tratar los asuntos incorporados al orden del día; b) Aprobar el reglamento de funcionamiento interno del COFELESA; c) Aprobar los proyectos de ley que el COFELESA impulsará ante el Congreso Nacional, los órganos legislativos provinciales y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. La asamblea sesionará al menos seis veces al año, en distintas jurisdicciones, en el lugar y fecha que determine la Mesa de conducción del COFELESA⁶.

Debe destacarse, no obstante, que a la fecha las provincias de Buenos Aires, Córdoba, Entre Ríos, Misiones, Catamarca, Formosa y San Juan no han ratificado aún su participación en el COFELESA.

6 Consejo Federal Legislativo de Salud (COFELESA). Composición y atribuciones. Fuente: Ley 27.054

V.2. El COFELESA analizado a través de las categorías de Schnabel

Este organismo aparenta ser más atractivo en su diseño por su mayor grado de institucionalización, por la frecuencia de sus reuniones y por el peso de los decisores políticos que lo conforman. Sin embargo, no se han identificado en fuentes digitales oficiales registros que den cuenta de algún grado de regularidad en sus reuniones ni de las autoridades y equipos que lo componen, solamente información dispersa en sitios web. El último dato oficial de su funcionamiento es del año 2020, en plena crisis sanitaria del Covid19⁷.

Resulta interesante desde la norma la organización interna del organismo en cuanto a la elección de la presidencia y la organización de sus secretarías, así como la participación de miembros del parlamento federal en la Asamblea. Ese diseño aumenta el grado de institucionalización del proceso decisorio y disminuye el margen para los comportamientos centralistas y las decisiones impuestas unilateralmente.

La previsión de un mínimo de reuniones al año y la posibilidad de sesionar en distintas sedes dentro del territorio de la federación marcan un grado de descentralización mayor que el del COFESA, junto con una disminución del rol del poder central que facilita que las miradas subnacionales se proyecten en la dinámica funcional del órgano.

Pero el organismo carece de regularidad y continuidad de funcionamiento, y de competencias para el dictado de disposiciones vinculantes para los poderes legislativos nacional y provincial, limitándose a emitir recomendaciones sin obligatoriedad para las partes.

Como señala Schnabel (2023; 54), los Consejos Federales no actúan en el vacío, sino que forman parte de un sistema político y en él comparten espacio y dinámicas con otras instituciones del sistema, tal es el caso del sistema de partidos políticos, la voluntad de participar de las unidades de la federación en la defensa de sus autonomías, factores de presión, las ideas de política pública, entre otros. Sin una idea clara de la misión y del sentido de la consolidación de este tipo de vínculos intergubernamentales técnicos intersectoriales en el país no tendremos capacidades estatales suficientes para debatir diferentes arenas de políticas públicas centrales en la federación desde una adecuada perspectiva multinivel.

VI. Otras instancias de coordinación en salud

Son relaciones intergubernamentales existentes en materia sanitaria la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS)⁸ y el Consejo de Obras Sociales Provinciales de la República Argentina (COSPPRA).

El primero funciona como instancia de coordinación de las diferentes obras sociales. Se trata de un organismo descentralizado de la administración pública nacional dependiente del Ministerio de Salud de la Nación que cumple finalidades de regulación y de control de las siguientes entidades: a) Las obras sociales sindicales y de dirección, y aquellas comprendidas en el artículo 1º de la Ley 23.660, con excepción de las entidades del inciso g) que no han adherido a la citada normativa y que brindan coberturas médico – asistenciales M y b) Las entidades de la medicina prepaga, reguladas por la Ley 26.682 del año

⁷ Datos desde página oficial del Gobierno nacional Argentino sobre reunión del COFELESA del 31 de julio de 2020. Fuente: <https://www.argentina.gob.ar/noticias/el-ministro-de-salud-participo-del-encuentro-virtual-de-cofelesa>

⁸ Fue creada por Decreto 1615/96, en jurisdicción del por entonces Ministerio de Salud y Acción Social, como consecuencia de la fusión de la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL), creada por la Ley 23.661, de la Dirección Nacional de Obras Sociales (DINOS) establecida por la Ley 23.660 y del Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS), instituido por la Ley 18.610

2011 y los Decretos 1991/12 y 1993/12.

El segundo (COSPRO) es una institución civil sin fines de lucro que nuclea a las 24 (veinticuatro) obras sociales provinciales y de la CABA, teniendo como objetivo primario la interrelación entre las ellas y la coordinación de convenios de atención recíprocos⁹. En la actualidad, el COSSPRO está dividido en cinco regiones y mantiene reuniones bajo el formato de encuentros regionales, para conocer y decidir las acciones que en conjunto puedan alcanzar una mirada federal y conocer las experiencias y realidades de cada provincia, en beneficio de la calidad en las prestaciones¹⁰.

Ambos organismos ayudan a la coordinación meramente administrativa del sistema de obras sociales, de la medicina privada prepaga y otras cuestiones sanitarias, pero ninguno se constituye como un mecanismo interjurisdiccional de debates y de tramitación de acuerdos o de resolución de controversias, estando las decisiones puestas en manos de las legislaciones nacionales y provinciales y en los instrumentos de implementación dispuestos por los poderes ejecutivos de cada nivel gubernamental.

Por ello no se ajustan a las categorías de análisis propuestas y tampoco se han identificado otro tipo consejos u organismos de esta naturaleza que contribuyan a la coordinación sanitaria en el país.

VII. Consideraciones finales

Un tema central en los debates actuales sobre federalismo se vincula con los equilibrios o balances de poder que deben existir dentro de cada sistema para que las competencias entre sus socios no sean solapadas, condicionadas, disminuidas o anuladas por la intervención de alguno de los niveles de gobierno.

La teoría de las salvaguardas federales, muy presente en la literatura anglosajona, estudia los principales factores distorsivos de los balances de poder dentro de un Estado federal (oportunismo y unilateralismo disruptivo, con sus múltiples variantes), determina los umbrales o límites de los comportamientos federales admitidos y aborda las diferentes salvaguardas que posibilitan los reequilibrios frente a proceder inadecuados que rompen con los acuerdos o tienden a desequilibrar el sistema. Las salvaguardas tradicionales -estructural, popular, política, judicial y severa cuentan con una amplia literatura y han sido debatidas y aceptadas en el campo (ver Bednar, 2009; Bolleyer, 2013; Schnabel, 2015, 2022 y 2023; Grin y Mendoza Ruiz, 2023; entre otros).

El aporte significativo de Johanna Schnabel fue haber propuesto una nueva categoría de salvaguarda federal, la salvaguarda intergubernamental, creando categorías e indicadores para ser analizada y testada en diferentes dimensiones y en cuatro experiencias federales alrededor del planeta. La existencia de asambleas transectoriales (conferencias de gobernadores o similares) y de consejos federales sectoriales específicos en la mayoría de los federalismos del planeta llevó a la autora a indagar en su efectividad como nuevos mecanismos de balances de poder a través de la coordinación de áreas generales y significativas de políticas.

⁹ Bajo la cobertura de las Obras sociales que coordina el COSPRO se garantiza la cobertura en salud a 7.200.000 afiliados, que en su totalidad representan el 16 % de la población del país. En cuanto a su constitución, en 1973 se configuró como Confederación, y en 1976, consiguió la adhesión de los Estados provinciales. Fuente: Recuperado de: <https://www.argentina.gob.ar/salud/observatorio/mesa-salud-educacion>. Consulta realizada el 04/06/2020

¹⁰ Fuente: <https://cosspra.com.ar/nosotros/>. Recuperado el 1/7/2024

Como indica Schnabel, los consejos intergubernamentales pueden mejorar la estabilidad de los sistemas federales en tanto tengan capacidad de procesar asuntos federalmente contenciosos, sean altamente institucionalizados, produzcan resultados vinculantes y no estén manejados por el gobierno federal. De ese modo, podrán ser proclives a adoptar soluciones conjuntas colaborativas para los problemas de política pública que les conciernen a todos. Los que no cuentan con esas características no son vías aptas para el logro de soluciones a las que se arriben de manera conjunta, colaborativa y mutuamente respetuosa de las unidades constitutivas de la federación.

Si bien la estabilidad de los federalismos no depende exclusivamente de la efectividad de los consejos federales, porque se entrecruzan aspectos históricos, institucionales, culturales y políticos o vinculados a la distribución de los recursos existentes, es relevante estudiar el comportamiento de los miembros de la relación federal en ámbitos comunes de intercambio de experiencias, debate técnico y generación de propuestas legislativas o de reformas administrativas.

Argentina es un federalismo caracterizado por los escasos mecanismos de coordinación intergubernamental existentes y por el bajo grado de institucionalización de ámbitos formales de debate de las principales políticas públicas. No existe en el país un espacio común formalizado entre los gobernadores, o con ellos y el presidente. Los consejos federales superan el número de cuarenta, pero la mayoría de ellos no funcionan o lo hacen de manera intermitente, en la mayor parte no existen burocracias especializadas estables ni capacidades institucionales suficientes y solamente son útiles a los fines de volver operativas políticas definidas en instancias legislativas o políticas, o cuando existen incentivos fiscales o distribución de recursos que motiven a los actores a sentarse a la mesa (Serafinoff, 2007; Astarita, Bonifacio y Del Cogliano, 2012; Rey, 2013; Bernal, 2022; entre otros).

Nos pareció un aporte de interés para el campo disciplinar poner en conocimiento la obra de Schnabel y su ampliamente reconocida contribución a estos debates, su ponderación de los consejos intergubernamentales como instancias generadoras de equilibrios y catalizadoras de debates técnicos, como así también como espacios proclives para la construcción de acuerdos sectoriales. Por ello, devino de interés aplicar sus categorías a la composición, dinámica de funcionamiento y vinculatoriedad de sus decisiones a los diferentes consejos federales que participan en la coordinación de la política sanitaria en el país.

El resultado no sorprende. Su bajo grado de institucionalización, su creación y conducción top-down, la imposición de las reuniones y de la agenda por parte del gobierno nacional, junto con una escasa capacidad para generar acuerdos vinculantes o resolver conflictos interjurisdiccionales relevantes son síntomas de un federalismo fuertemente concentrado, anclado en las figuras ejecutivas y desapegado de una cultura del diálogo y el acuerdo mutuo en base a intercambios y concesiones, la dinámica natural de los federalismos ya consolidados.

Estaremos satisfechos si este trabajo logra acercar miradas a las lecturas sobre salvaguardas federales existente en el campo de las RIG, como así también poner en evidencia que las bases de un federalismo sano, equilibrado, coordinado y eficaz está fuertemente emparentadas con la consolidación de vínculos mucho más simétricos, estables y atados

a modelos de toma de decisiones basados en datos y evidencias, en lugar de intereses particulares de algunos de los socios del acuerdo federal. Buena parte del futuro del federalismo argentino se juega en entender y visibilizar la relevancia de esta temática, la que más análisis y estudios comparados genera en todo el planeta.

Referencias Bibliográficas

- Bednar, J. (2009), *The robust federation, principles of design*. Cambridge University Press. Nueva York.
- Bernal, M. (Director) (2020). *Un federalismo en pausa. Normas, instituciones y actores de la relación intergubernamental en Argentina*. Córdoba: Editorial UNC.
- Bernal, M. y Bizarro, V. (2019), *Relaciones Intergubernamentales y gestión pública de salud: Argentina y el caso de la provincia de Córdoba*. Revista de Derecho y Salud, Año 3, Número 3, UBP, Córdoba.
- Bernal, M. (2023). El rol de la Corte Suprema argentina como salvaguarda judicial. En J. Mendoza Ruiz, J. y Grin, E. *Las salvaguardas federales en Argentina, Brasil y México: relaciones, límites y contrapesos* (págs. 153-170). Córdoba: Editorial UNC.
- Bernal, M. y Verri, B. (2023), Las políticas de salud pública en Argentina. En Bernal, M. y Rodríguez Alba, J. (Directores). *Políticas públicas en Argentina. Debates pendientes y nuevas agendas*. Editorial de la Universidad Nacional de Córdoba. Córdoba.
- Bisang, R. y Cetrángolo, O. (1997), *Descentralización de los servicios de salud en la Argentina*. Serie Reformas de Política Pública 47, CEPAL. Santiago de Chile.
- Bolleyer, N. (2009), *Intergovernmental cooperation. Rational choice in Federal Systems and beyond*. Oxford University Press.
- Bolleyer, N. (2013), Paradoxes of self-coordination in federal regimes. En Benz, A. y Broschek, J. (Ed). *Federal dynamics continuity, changes and the varieties of federalism*. Oxford University Press.
- Cetrángolo, O y Devoto, F. Organización de la salud en argentina y equidad Una reflexión sobre las reformas de los años noventa e impacto de la crisis actual. Trabajo presentado en el Taller "Regional Consultation on Policy Tools: Equity in Population Health". Toronto, 17 de junio de 2002.
- Cetrángolo, O. y Goldschmit, A. *Las obras sociales y otras instituciones de la seguridad social para la salud en Argentina. Origen y situación actual de un sistema altamente desigual*. Informe Fundación CECE, Julio 2018.
- Cingolani, M. y Lardone, M. (2006), *Gobiernos bajo presión. Relaciones Intergubernamentales y reforma del Estado. El caso Córdoba*. Editorial de la Universidad Católica de Córdoba. Córdoba.
- Mendoza Ruiz, J., & Grin, E. J. (2023). *Las salvaguardas federales en Argentina, Brasil y México: relaciones, límites y contrapesos*. Córdoba: Editorial UNC.
- Organización Mundial de la Salud (2017). Informe Argentina del año 2017. Disponible en: <http://administracionsalud.com.ar/organizacion-mundial-de-la-salud-informe-argentina-2017/>
- Rey, M. (2013), *Federalismo y mecanismos de articulación intergubernamental: el funcionamiento de los Consejos Federales en Argentina*. En Revista del CLAD Reforma y Democracia. No. 55. Caracas.
- Schnabel, J. (2022). *Gestión de interdependencias en sistemas federales. Consejos intergu-*

bernamentales y creación de políticas públicas. Toluca, México: UNAM.

• Schnabel, J. (2023). Los consejos intergubernamentales como salvaguarda federal: conceptualización y operacionalización. En J. Mendoza Ruiz, & E. J. Grin, *Las salvaguardas federales en Argentina, Brasil y México: relaciones, límites y contrapesos* (págs. 41-66). Córdoba: Editorial UNC.

• Verri R. , Belanti M. F. y Belanti M.M. (2020), "*La coordinación en materia sanitaria en el Federalismo argentino*" en M. Bernal M (Dir.) "*Un Federalismo en pausa*", Ed. UNC, Córdoba, Argentina.