

# Federalismo y salud

Los dilemas a resolver para revertir inequidades

El economista Oscar Cetrángolo es una de las voces más autorizadas de nuestro país en materia de finanzas públicas, gasto social y federalismo fiscal. Con él dialogamos sobre la actual situación de la Argentina en materia de organización y recursos de sus sistemas de salud.



**¿C**uál es el panorama actual en materia de federalismo en relación a la salud?

–Nuestro país se organizó alrededor de jurisdicciones muy autónomas. Hay 13 provincias previas a la Nación, es una federación de estados. Otros países son una federación armada desde el centro, ésta fue armada desde las partes, con mucha

autonomía y en un territorio donde las desigualdades y capacidades son, históricamente, fenomenales. Por otra parte, hay servicios sociales –que son los que tratan de cuidar la equidad– organizados de manera descentralizada. Cuando hay muchas desigualdades, se supone que quien mejor las trabaja es el gobierno central porque

es el que tiene capacidad para compensar. Si cada uno se arregla con lo que tiene, el pobre va a tener un pobre sistema; y en nuestro país todo se maneja por servicios sociales que traspasen fondos de una jurisdicción a otra. Nuestra organización en salud es muy débil, fundamentalmente porque desde el origen no quedó muy

## Perfil de un experto

Oscar Cetrángolo es licenciado en Economía por la UBA y Máster en Estudios de Desarrollo, University of Sussex, Reino Unido. Experto en políticas públicas de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), es profesor de Finanzas Públicas en la Licenciatura en Economía y en la Maestría de Economía de la UBA, y de la Maestría en Diseño y Gestión de Políticas y Programas Sociales de FLACSO. Fue Subsecretario de Relaciones con las Provincias del Ministerio de Economía, entre otros cargos que desempeñó en el Estado vinculados a su especialidad; y ha sido consultor en organismos internacionales como el PNUD, OIT, BID y el Banco Mundial.

claro qué tiene que hacer el gobierno central y qué los provinciales. Si nos atenemos a la letra de la Constitución, todo debiera ser provincial.

De todos modos, el gobierno central fue haciendo cosas, pero en paralelo está el sistema público organizado alrededor de las provincias y también un sistema de seguridad social con una fuerza muy importante, organizado mucho más centralizadamente; el PAMI, las obras sociales, tienen una organización centralizada. Existe un conflicto en esto de que se puedan organizar sistemas de salud alrededor de la seguridad social o de la salud pública: el país aplica las dos posibilidades simultáneamente, lo cual es un despilfarro de recursos. A la vez, existe un sector privado fuertísimo y muchas ineficiencias tanto en el sector público como en las obras sociales. Todo esto termina creando un sistema terriblemente inequitativo.

**–Hay un sector privado fuertísimo, pero atiende a menos del 8% de la población...**

–De los 9 puntos del Producto Bruto que gasta la Argentina en salud, el sector privado representa entre 4 y 5. Esos fondos no participan de ningún sistema integrado, de ningún criterio redistributivo. En materia de federalismo, si se acepta que las políticas compensatorias y de coordinación son del gobierno central, hay que pensar que de esos 9 puntos el gobierno central gasta 0,3%. No existe. La Nación no tiene instrumentos, el Ministerio de Salud de la Nación tiene un presupuesto muy bajo. La Nación tiene organismos que van por otro lado –el PAMI, por ejemplo, no depende

"Existen muchos actores muy poderosos: los estados, que gastan mucho en mercados muy concentrados; las prepagas, los sindicatos, los laboratorios y varios otros con muy fuerte capacidad de presión; con lo cual las posibilidades de hacer reformas son muy limitadas, a la vez que existe mucha necesidad de hacerlas".



del Ministerio– y todo está desarticulado. Y en el interior, la seguridad social está fragmentada. Dentro del sector público cada provincia tiene su propio tipo de provisión y, a su vez, sus propios institutos de salud, que no responden a la misma lógica de los sistemas de salud provinciales. Tenemos un sistema terriblemente fragmentado y la población se mueve por esa fragmentación tratando de elegir el nicho por el cual mejor salud consiga. Pero cuando esto es el sistema, estamos en problemas. Y lo cierto es que alguien de clase media urbana no tiene la misma capacidad que

un obrero de La Matanza o que una familia perdida en medio del desierto rionegrino. Las formas de encontrar dónde atenderse dependen de las condiciones socioeconómicas. La inequidad no es solo por cómo está organizado el sistema sino también que este tipo de organización hace que cada uno tenga distintas formas de lograr que lo atiendan. El sistema se ha transformado en uno muy inequitativo.

**–¿De qué manera se puede salir de este laberinto?**

–El desafío es poder articular, sobreactuar, todos estos sistemas y hacer que la cobertura



sea más homogénea que hoy, que las oportunidades de cada uno tengan que ver más con las necesidades y no con las capacidades. En el medio de este desafío hay un dilema muy complicado: ¿Qué sentido tiene hoy tener fragmentada la provisión de salud entre el sector público y la seguridad social y –dentro de ésta– el tipo de provisión? Pero lo cierto es que existen muchos actores muy poderosos: los estados, que gastan mucho en mercados muy concentrados; las prepagas, los sindicatos, los laboratorios y varios otros con muy fuerte capacidad de presión; con lo cual las posibilidades de hacer reformas son muy limitadas, a la vez que existe mucha necesidad de hacerlas. En el medio, hay una cuestión de fondo; la fragmentación inicial: la existencia de una cobertura diferenciada para los trabajadores formales y sus familias, que en verdad no tiene ningún sentido. Todos tenemos salud pública, pero quien tiene empleo formal tiene además acceso a un servicio diferenciado. Se superponen distintas coberturas y muchas de ellas no permiten unificar aportes; se van sumando y eso hace que el sistema sea ineficiente e inequitativo”.



# Más que finanzas

“La cuestión de la política de salud –dice Cetrángolo– es tratada, básicamente, por los sanitaristas quienes, legítimamente, miran cuestiones que deben organizarse en la salud. Quienes discuten federalismo, discuten cuestiones de transferencias interprovinciales; como si fuera un problema meramente financiero. Creo que la solución a este dilema es el tratamiento conjunto, tratar la cuestión del federalismo como política sectorial, discutir federalmente cuál es la mejor organización de la salud, de la educación, etc. Me parece que ahí está la principal dificultad. Hay intenciones de trabajar en esto pero no hay persistencia, hay mucha discontinuidad. Aparecen buenas iniciativas que posteriormente son revertidas. No veo que haya, como en otros países, respeto por lo que hizo el funcionario anterior. En general, existe más preocupación por competir que por cooperar”.

“Todos tenemos salud pública, pero quien tiene empleo formal tiene además acceso a un servicio diferenciado. Se superponen distintas coberturas y muchas de ellas no permiten unificar aportes; se van sumando y eso hace que el sistema sea ineficiente e inequitativo”.

ten unificar aportes; se van sumando y eso hace que el sistema sea ineficiente e inequitativo. ¿Cuál es la razón por la cual un nivel de la población tiene acceso a un nivel de cobertura mayor a la de otros si todo se financia con distintos tipos de impuestos, cargas sobre la nómina o impuestos generales?

**–¿Por qué puntos se deben abordar estas cuestiones para poder encontrar soluciones?**

–La discusión es de varias patas. La primera es si la reforma tiene que ser de shock o gradual. Pero las reformas de shock son para los libros de texto, en la práctica es muy difícil hacer un quiebre, hay que ir construyendo. En términos de federalismo, debiera ir rompiéndose con la tradición de desconfianza mutua que hay entre el gobierno central y los gobiernos provinciales. La Argentina tiene hoy un sistema en el cual los gobiernos se desconfían. Hay que transformar esto en un trabajo más cooperativo. Es una labor de día a día, pue-

de llevar años pero hay que hacerlo.

En los últimos tiempos, programas como “Remediar” o “Nacer” son experiencias que van en un buen sentido, ponen incentivos desde el punto de vista de la organización financiera. Como esquema, favorecer la Atención Primaria con transferencias desde el gobierno central hacia los centros que más lo necesitan es de lo más razonable desde el punto de vista de la equidad y de lo que puede hacer el gobierno central. Poner incentivos para que las provincias más pobres mejoren la prevención de la población más necesitada –la materno infantil– me parece correcto, el incentivo que se ha puesto es financieramente razonable. Hay que persistir sobre iniciativas de este tipo, multiplicarlas, hacer más planes acordados. Un ámbito interesante para eso es el Consejo Federal de Salud (COFESA) y hay que valorarlo mucho. Este es el tipo de cosas para persistir desde la salud

pública. Pero si por otro lado no se trabaja en hacer más eficientes los sistemas provinciales, va a ser muy complicado. Hay provincias que no tienen cobertura regional apropiada, o la población desconfía de los centros a su alcance y viaja a los de alta complejidad por una gripe. Son muchas cosas las que hay que trabajar –recursos humanos, incentivos, localizaciones– algunas provincias lo están haciendo con mayor énfasis que otras

–¿Cuáles están más avanzadas en este trabajo?

–A lo largo de la historia, el sistema provincial que era ejemplo hasta hace un tiempo era el neuquino. Por el tipo de organización que tuvo, basado en el sistema inglés, fue madurando, pero luego surgieron algunos problemas. En los últimos años, Mendoza se preocupó mucho por hacer reformas. En Buenos Aires hubo períodos de reformas, pero es una provincia compleja; es como un país dentro de otro. ¿Buenos Aires es La

Matanza, es San Isidro, Chascomús, Carmen de Patagones? Ahí hay toda una cuestión a resolver. En términos de federalismo: ¿Cuál es la jurisdicción óptima para organizar un sistema de salud? La idea del federalismo –tener sistemas provinciales– conlleva el problema de que no hay ninguna otra razón por la cual el ámbito que conduce el sistema deba ser provincial, porque debiera haber más cuidado sobre las redes de derivación y de atención, a lo regional. Quien vive en Carmen de Patagones es bonaerense, pero cruzando el río está Viedma, que quizá le ofrece mejor servicio. Hay todo un trabajo de regionalización de la salud que requiere una cooperación muy fuerte intra-jurisdicción.

–Que hoy no existe...

–No, salvo casos excepcionales, no existe; hay un juego más competitivo. Una jurisdicción que tiene un buen sistema atrae a los necesitados de las vecinas. Entonces los ciudadanos que



"Nuestra organización en salud es muy débil, fundamentalmente porque desde el origen no quedó muy claro qué tiene que hacer el gobierno central y qué los provinciales. Si nos atenemos a la letra de la Constitución, todo debiera ser provincial"

pagan los impuestos allí dicen: ¿Por qué tengo que quedar a la cola cuando quien se atiende es de otro lado? Hay que evitar este tipo de cuestiones, y el responsable de resolverlas es el gobierno central. Si Jujuy tiene que gastar recursos en atender a los ciudadanos de países limítrofes, está bien. Pero no tiene por qué pagarlo el ciudadano de Jujuy, una provincia pobre que encima tiene que pedir una transferencia de ingresos por esto que puede no ser aceptada. En algunos países se transfieren fondos específicos por zona de frontera. En Mendoza, en la Patagonia, tal vez no sea tan grave, pero en el límite de las provincias más necesitadas hay que tener especial cuidado. Lo mismo pasa en los municipios vecinos, y hay una tendencia a no dar cobertura que no sé si es una solución. Tal vez sería que se dé la cobertura pero que haya una especie de clearing o refinanciamiento desde el gobierno central. Pero la coordinación no está trabajada, porque pareciera que la discusión de la política de salud está divorciada de la política de soluciones federales.

## Sistemas eficientes

"En Europa, en los países que más han trabajado sobre estas cuestiones –explica Cetrángolo–, fueron creando sistemas de salud que se financian fundamentalmente con impuestos a rentas generales. El sistema es uno, básicamente estatal. Los sistemas más eficientes y con mayor cobertura son estatales; el paradigma inglés, el sistema canadiense. Los sistemas con mayor sector privado son donde más difícil es lograr coberturas homogéneas para todos. Estados Unidos es un claro ejemplo de esto. América latina sigue un paradigma más europeo, por el cual se entiende que todos debemos tener cobertura amplia, independientemente de si trabajamos o no, si somos ricos o pobres, blancos o negros. Eso es lo que la Argentina quiso hacer pero terminamos con una superposición de distintos sistemas nada razonable".