

LA ANOMIA MANAGERIAL DEL SISTEMA SANITARIO ARGENTINO

UN ANÁLISIS DESDE LA ECONOMÍA INSTITUCIONAL Y LA TEORÍA EVOLUTIVA DE LAS ORGANIZACIONES



Por Carlos Vassallo Sella (*)
vassalloc@gmail.com

El sistema sanitario argentino vive un fenómeno que en términos de gestión sanitaria y teoría organizacional puede caracterizarse como “**anomia managerial**”: una situación en la cual los actores pierden los marcos normativos y los incentivos que orientan el cambio organizativo. El resultado termina siendo un sistema que **se mueve mucho en el plano discursivo, pero muy poco en el plano productivo y en la acción.**

1. ¿Qué entendemos por anomia managerial en el sistema sanitario argentino?

Luego de muchos años de inflación y de inestabilidad de precios relativos, las organizaciones sanitarias aprendieron a sobrevivir. El problema es que este comportamiento defensivo genera **una inmovilidad organizativa en un contexto de transformación tecnológica acelerada.**

Este fenómeno puede definirse como **anomia managerial** y se produce cuando conviven las siguientes condiciones:

- Existen reglas formales, pero no generan incentivos efectivos.
- Los actores del sistema no internalizan objetivos de eficiencia.
- Las organizaciones sobreviven sin transformarse y no se disciplinan por la quiebra sino ajustando por calidad de servicio.

En este contexto las organizaciones tienden a:

- No reformar procesos.
- No incorporar gestión por costos.
- No rediseñar modelos productivos.
- No modificar las modalidades de pago.

El sistema queda atrapado en un estadio que podríamos calificar como **estabilidad ineficiente.** Desde la perspectiva de **Oliver Williamson**, este tipo de situaciones aparece cuando la estructura de gobernanza del sistema es **institucionalmente híbrida y mal diseñada**, donde ni el mercado ni la jerarquía logran disciplinar los comportamientos organizacionales.

La contribución de **Douglass North** permite comprender por qué esta situación se vuelve persistente. North sostiene que las instituciones generan **trayectorias históricas (path dependence)** que condicionan el comportamiento de los actores.

En el sistema sanitario argentino las reglas formales existen, pero conviven con **instituciones informales** que moldean el funcionamiento real del sistema:

- Negociaciones corporativas.
- Arreglos informales entre financiadores y prestadores.
- Prácticas históricas de facturación.
- Intermediaciones opacas.

Estas instituciones informales terminan siendo más poderosas que las reglas formales.



La anomia managerial emerge cuando **instituciones, organizaciones e incentivos** se encuentran desalineados.

2. Los síntomas visibles de la anomia

a) Inmovilidad organizativa

Hospitales, clínicas y financiadores funcionan con estructuras diseñadas hace décadas y persisten en **modelos de gestión anacrónicos.**

Se observan:

- Servicios sobredimensionados.
- Baja especialización funcional.
- Duplicación de estructuras.
- Escasa integración en redes asistenciales.

El resultado es **una capacidad productiva mal asignada.** Desde la perspectiva evolutiva de **Richard Nelson**, las organizaciones tienden a reproducir **rutinas organizativas** que se estabilizan en el tiempo.

Estas rutinas funcionan como **memorias institucionales** que estructuran el comportamiento organizativo.

Cuando el entorno cambia rápidamente -como ocurre hoy con la revolución tecnológica- las organizaciones que no revisan sus rutinas tienden a quedar atrapadas en **trayectorias de bajo desempeño.**

b) Ausencia de gestión por procesos

En el sistema sanitario argentino se observa la ausencia de iniciativas de **ingeniería de procesos.**

No se mide:

- Tiempo clínico-productivo.
- Costo por episodio.
- Eficiencia de los circuitos asistenciales.

Las organizaciones siguen operando bajo **lógicas departamentales tradicionales**, no bajo **cadena de valor asistencial**. Aquí resulta útil el aporte de **James March**, quien analizó cómo las organizaciones toman decisiones bajo condiciones de ambigüedad.

March distingue entre:

- **Lógica de las consecuencias** (decisiones orientadas a resultados).
- **Lógica de lo apropiado** (decisiones guiadas por rutinas e identidades organizativas).

En muchos sistemas sanitarios predomina la segunda. Las organizaciones hacen lo que **históricamente han hecho**, no necesariamente lo que **sería más eficiente hacer**.

c) Desconocimiento de los costos reales

Uno de los rasgos más críticos entre los actores públicos y privados es la ausencia de información económica confiable:

- Hospitales sin contabilidad analítica.
- Financiadores que pagan sin conocer el coste del servicio.
- Clínicas que no distinguen margen por línea asistencial.

Esto genera una situación paradójica: Un sistema sanitario que moviliza enormes recursos financieros **no sabe con precisión cuánto cuesta producir salud**.

Desde la lógica de Williamson, esto implica **contratos incompletos** donde la asimetría de información favorece comportamientos oportunistas.

d) Modalidades de pago que sostienen la ineficiencia

Las modalidades de pago constituyen el **núcleo del problema institucional**.

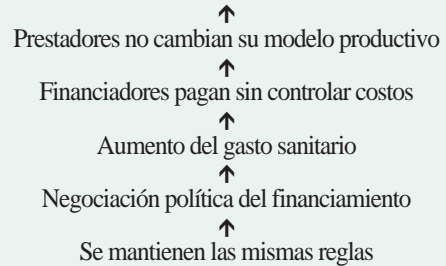
Predominan mecanismos que ya han demostrado limitaciones como generadores de valor:

- Fee for service.
- Día cama.
- Cartera fija.
- Facturación abierta de medicamentos.

Estas modalidades:

- No premian eficiencia.
- No premian resultados.
- Incentivan volumen.
- Permiten ocultar ineficiencias.

Gráfico 2: La trampa institucional del sistema sanitario argentino. Modalidades de pago distorsivas



El sistema entra así en un **ciclo de reproducción institucional de la ineficiencia**.

3. Los financiadores también están atrapados

Los pagadores (obras sociales, prepagos y sector público) tampoco han ejercido plenamente su rol de **gobernanza del sistema**.

Las fallas principales son:

- Auditorías estratégicas débiles.
- Ausencia de compra inteligente.
- Falta de contratos basados en resultados.
- Escasa capacidad de análisis de datos.

SABER en SALUD

Toda la información imprescindible sobre el Sistema de Salud en Argentina

www.saberensalud.com.ar
 @saberensalud
 saberensaludarg

En lugar de **comprar salud**, terminan **pagando facturas**. Williamson señalaba que cuando el comprador no define adecuadamente los contratos, el proveedor reorganiza el sistema **a su favor** considerando que la relación de agencia lo favorece por la asimetría informativa.

4. El rol distorsivo de la inflación

La inflación crónica generó un entorno donde:

- Los precios se renegociaban permanentemente.
- La gestión se volvió táctica.
- Se diluyó la disciplina económica.

En ese contexto **lo que terminaba pagando era el lobby antes que la eficiencia** como sucedió durante décadas. El problema es que esto se vuelve un comportamiento de supervivencia, como una especie de rutina interna. La inflación actuó durante décadas como **un mecanismo de ocultamiento de ineficiencias estructurales**

5. La paradoja del momento histórico

El sistema sanitario vive simultáneamente dos procesos opuestos.

Por un lado	Por el otro lado
Inteligencia artificial Medicina personalizada Digitalización Big data clínico	Modelos de pago del Siglo XX Hospitales diseñados para otra epidemiología Baja gestión de la productividad

El resultado es una **asimetría cada vez más amplia entre innovación tecnológica e innovación organizativa**.



6. La salida: reconfigurar financiadores y prestadores

El cambio real no vendrá solo de la tecnología. Es necesario avanzar en una **reconfiguración institucional del sistema sanitario**. Y esto paso por plantear tres líneas de trabajo claves:

Financiamiento inteligente	GRD, pago por episodios, bundled payments, value based healthcare y contratos de riesgo compartido.
Prestadores reorganizados	Redes asistenciales, hospitales especializados, concentración de procedimientos complejos y cierre de servicios ineficientes.
Gestión basada en datos	Contabilidad analítica, costing por paciente, benchmarking clínico y auditoría con IA.

7. El desafío político

Las reformas organizativas generan resistencia porque afectan: la estructuras profesionales, los intereses corporativos, el poder territorial y los ingresos ocultos que esconde las distorsiones del

sistema (intermediación parasitaria y en el caso de medicamentos la distribución) Por eso una reforma sanitaria es siempre técnica **y política al mismo tiempo**.

8. Idea final

El problema del sistema sanitario argentino **no se resuelve simplemente agregando recursos**. La anomia managerial expresa una **crisis de la arquitectura organizativa y de incentivos institucionales**. Mientras no se redefinan:

- Modalidades de pago.
- Contratos sanitarios.
- Gobernanza de los financiadores.

El sistema seguirá funcionando en **un equilibrio ineficiente pero estable**, ajustando cada vez más por **calidad y acceso**. Como muestran **North, Williamson, Nelson y March**, desde perspectivas diferentes pero convergentes:

- Las **instituciones definen los incentivos**.
- Las **organizaciones reproducen rutinas**.
- Las **decisiones siguen lógicas organizativas históricas**.
- Los sistemas solo cambian cuando **se modifican esas reglas e incentivos**.

Por eso los sistemas sanitarios no permanecen inmóviles porque falte tecnología o conocimiento. Permanecen inmóviles porque **las instituciones permiten sobrevivir sin transformarse**. ■

Bibliografía:

- 1. Economía institucional y cambio institucional**
- Douglass C. North (1990). *Institutions, Institutional Change and Economic Performance*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Douglass C. North (2005). *Understanding the Process of Economic Change*. Princeton: Princeton University Press.
- Douglass C. North (1991). "Institutions." *Journal of Economic Perspectives*, 5(1), 97-112.
- 2. Economía de los costos de transacción y gobernanza**
- Oliver E. Williamson (1985). *The Economic Institutions of Capitalism: Firms, Markets, Relational Contracting*. New York: Free Press.
- Oliver E. Williamson (1991). "Comparative Economic Organization: The Analysis of Discrete Structural Alternatives." *Administrative Science Quarterly*, 36(2), 269-296.
- Oliver E. Williamson (1996). *The Mechanisms of Governance*. Oxford: Oxford University Press.
- Oliver E. Williamson (2000). "The New Institutional Economics: Taking Stock, Looking Ahead." *Journal of Economic Literature*, 38(3), 595-613.
- 3. Teoría evolutiva de la firma y cambio organizacional**
- Richard R. Nelson & Sidney G. Winter (1982). *An Evolutionary Theory of Economic Change*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Richard R. Nelson (1991). "Why Do Firms Differ, and How Does It Matter?" *Strategic Management Journal*, 12(S2), 61-74.
- Richard R. Nelson (1995). "Recent Evolutionary Theorizing About Economic Change." *Journal of Economic Literature*, 33(1), 48-90.
- 4. Teoría organizacional y toma de decisiones**
- James G. March & Herbert A. Simon (1958). *Organizations*. New York: Wiley.
- James G. March (1991). "Exploration and Exploitation in Organizational Learning." *Organization Science*, 2(1), 71-87.
- James G. March (1994). *A Primer on Decision Making: How Decisions Happen*. New York: Free Press.
- James G. March & Johan P. Olsen (1989). *Rediscovering Institutions: The Organizational Basis of Politics*. New York: Free Press.
- 5. Economía de la salud, incentivos y sistemas sanitarios**
- Michael E. Porter & Elizabeth Olmsted Teisberg (2006). *Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results*. Boston: Harvard Business School Press.
- Julio Frenk & Juan Luis Londoño (1997). "Pluralism in Health Systems Reform." *World Bank Research Observer*, 12(1), 1-24.
- William D. Savedoff (2004). *Governing Mandatory Health Insurance: Learning from Experience*. Washington DC: World Bank.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (2017). *Tackling Wasteful Spending on Health*. Paris: OECD Publishing.
- World Health Organization (2010). *Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage*. Geneva: WHO.
- 6. Organización hospitalaria y sistemas de pago**
- Reinhard Busse et al. (2011). *Diagnosis-Related Groups in Europe: Moving Towards Transparency, Efficiency and Quality in Hospitals*. Maidenhead: Open University Press.

(*) Prof. Salud Pública FCM UNL / Director del Instituto de Economía del Bienestar (IdEB) / www.ideblatam.org