

DEL CENTRALISMO SANITARIO AL FEDERALISMO DE LA GOBERNANZA

EL DESAFÍO PENDIENTE DEL SISTEMA SANITARIO ARGENTINO



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

La configuración institucional del sistema sanitario argentino es el resultado de sucesivas decisiones políticas que fueron moldeando una arquitectura organizacional cuyas consecuencias aún persisten. Su evolución no solo estuvo marcada por una orientación predominantemente asistencial centrada en la recuperación de la enfermedad, sino también por una fuerte impronta centralista en la organización y conducción del sistema.

Durante las décadas de 1940 y 1950, bajo la conducción de Ramón Carrillo, el Estado nacional impulsó una extraordinaria expansión de la infraestructura hospitalaria mediante la construcción de hospitales generales y especializados distribuidos en todo el territorio nacional. Esa política consolidó un Ministerio de Salud de la Nación con una importante capacidad de gestión directa sobre los establecimientos sanitarios y convirtió al Estado nacional en el principal actor de la oferta pública de servicios de salud.

En forma paralela comenzó a consolidarse otro gran componente del sistema: la seguridad social. Las obras sociales vinculadas a sindicatos y actividades laborales fueron ampliando progresivamente la cobertura sanitaria de los trabajadores formales hasta adquirir un marco institucional definitivo con la Ley N.º 18.610 de 1970. Años más tarde, en 1971, la creación del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI) incorporó un tercer gran asegurador nacional destinado a brindar cobertura a jubilados, pensionados y posteriormente a otros grupos protegidos.

De este modo, hacia comienzos de la década de 1970, tanto la oferta pública hospitalaria como los principales mecanismos de aseguramiento sanitario dependían fundamentalmente del Estado nacional. La Argentina construyó un sistema cuya conducción política, financiamiento y capacidad de negociación se concentraban mayoritariamente en el nivel federal.

Sin embargo, esta arquitectura comenzó a modificarse profundamente a partir de 1978 con el proceso de transferencia de hospitales nacionales a las provincias, proceso que culminó durante la década de 1990. Desde entonces, la responsabilidad sobre la atención pública quedó radicada casi exclusivamente en las provincias y, en numerosos casos, también en los municipios.

Paradójicamente, mientras la prestación pública se descentralizó, el aseguramiento sanitario permaneció centralizado. Las obras sociales nacionales continuaron bajo regulación nacional, el PAMI mantuvo su estructura federal y el Ministerio de Salud de la Nación conservó funciones regulatorias, programas específicos y capacidad de financiamiento, aunque con una incidencia mucho menor sobre la gestión cotidiana de los servicios.

Como resultado, la Argentina terminó configurando un sistema institucionalmente desalineado: la mayor parte de los hospitales dependen de las provincias, mientras que buena parte del financiamiento de la atención continúa siendo administrado por instituciones nacionales. Esta separación entre quien financia y quien organiza territorialmente los servicios genera incentivos contradictorios, superposición de responsabilidades y dificultades para construir verdaderas políticas sanitarias integradas.

Hoy el sistema parece acercarse a un nuevo punto de inflexión. La discusión sobre el futuro del PAMI trasciende el debate acerca de su eficiencia administrativa. En realidad, interpela el propio modelo de organización sanitaria de la Argentina.

La pregunta estratégica es si el PAMI debe continuar siendo un gran asegurador nacional, con una única estructura administrativa y un enorme poder de compra que negocia homogéneamente para realidades profundamente heterogéneas, o si ha llegado el momento de repensar su organización en el marco de un verdadero federalismo sanitario.

Quienes sostenemos la conveniencia de avanzar hacia una descentralización progresiva entendemos que los más de cinco millones de jubilados, pensionados y excombatientes no deberían constituir un subsistema aislado de la organización sanitaria provincial. Por el contrario, deberían integrarse plenamente a las estrategias de salud de cada jurisdicción, preservando la solidaridad financiera nacional, pero acercando las decisiones de gestión al territorio donde viven las personas y donde efectivamente se prestan los servicios.

Esta propuesta no implica simplemente transferir recursos o responsabilidades. Supone redefinir el concepto mismo de gobernanza sanitaria provincial.

Cada provincia debería construir un sistema integrado bajo una conducción estratégica única, capaz de articular al Ministerio de Salud, al instituto u obra social provincial, al subsector público, a los prestadores privados, a los municipios y, eventualmente, a la población actualmente cubierta por el PAMI. El objetivo no sería uniformar las instituciones existentes, sino coordinarlas bajo una misma estrategia sanitaria territorial, con reglas claras, objetivos compartidos e incentivos alineados.

En la actualidad, en muchas provincias persiste una competencia institucional poco racional entre el Ministerio de Salud y la obra social provincial. Ambos organismos suelen planificar, contratar, financiar y gestionar por separado, compitiendo incluso por los mismos recursos humanos, prestadores y presupuestos. Esta fragmentación interna debilita la capacidad del Estado provincial para conducir el sistema.

“Mientras la prestación pública se descentralizó, el aseguramiento sanitario permaneció centralizado. Las obras sociales nacionales continuaron bajo regulación nacional, el PAMI mantuvo su estructura federal y el Ministerio de Salud de la Nación conservó funciones regulatorias, programas específicos y capacidad de financiamiento, aunque con una incidencia mucho menor sobre la gestión cotidiana de los servicios.”

Como consecuencia, numerosos prestadores privados terminan ocupando espacios de poder que el Estado no logra ejercer. Allí donde la gobernanza pública es débil, las reglas suelen ser fijadas por quienes poseen mayor capacidad de negociación económica, mientras que el subsector público queda frecuentemente reducido a responder de manera reactiva a las demandas del sistema, sin capacidad suficiente para ordenar la oferta, coordinar redes asistenciales o gestionar integralmente el riesgo sanitario de la población.

La construcción de un verdadero federalismo sanitario exige, por lo tanto, mucho más que una redistribución de competencias administrativas. Requiere desarrollar capacidades de conducción, planificación, regulación, contratación, evaluación y gestión del desempeño que hoy son insuficientes en buena parte del país.

En este contexto emerge una necesidad frecuentemente

subestimada: la profesionalización del management sanitario.

La complejidad actual de los sistemas de salud hace inviable su conducción mediante la improvisación, el voluntarismo político o el aprendizaje exclusivamente empírico. La dirección de hospitales, aseguradores, redes asistenciales y organismos reguladores demanda competencias específicas en economía de la salud, organización, gestión estratégica, evaluación de tecnologías sanitarias, contratación, análisis de datos, salud digital, inteligencia artificial y gestión poblacional del riesgo.

La Argentina necesita construir una auténtica cultura managerial sanitaria que atraviese transversalmente al Estado nacional, las provincias, las obras sociales, el PAMI y el sector privado. Una cultura que sustituya el amateurismo gerencial por capacidades profesionales estables y que permita diseñar instituciones capaces de sostener políticas públicas más allá de los cambios de gobierno.

Solo sobre esa base será posible avanzar hacia un nuevo federalismo sanitario, donde las provincias asuman plenamente la responsabilidad de organizar sistemas universales de salud para toda su población y donde los distintos subsistemas dejen de actuar como compartimentos estancos para convertirse en componentes de una misma estrategia sanitaria territorial.

El debate sobre el futuro del PAMI es, en definitiva, mucho más que una discusión sobre una institución. Constituye una oportunidad histórica para redefinir la arquitectura del sistema sanitario argentino y pasar de un federalismo meramente administrativo a un verdadero federalismo de la gobernanza, capaz de integrar financiamiento, organización, gestión y resultados en salud bajo una visión común orientada al bienestar de las personas. ■

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



Toda la información imprescindible sobre el Sistema de Salud en Argentina

 www.saberensalud.com.ar  [@saberensalud](https://twitter.com/saberensalud)  [saberensaludarg](https://www.instagram.com/saberensaludarg)