

Modelos de gestión sanitaria y las distintas formas de articulación entre los sectores público y privado

Cuatro provincias, cuatro combinaciones distintas de autonomía estatal y participación privada para gestionar hospitales públicos.

Salta, San Luis, Córdoba y Mendoza procuran mejorar la eficiencia, la calidad y la sostenibilidad de la salud pública mediante distintas combinaciones de autonomía estatal y participación privada. Los cuatro casos comparten la descentralización de decisiones, la asignación explícita de responsabilidades, el control mediante indicadores y la búsqueda de una mejor utilización de recursos.

Difieren, en cambio, en su diseño jurídico, mecanismos de financiamiento, distribución de riesgos, alcance asistencial y grado de consolidación. En conjunto, muestran que la innovación institucional puede elevar el desempeño hospitalario, aunque exige coordinación de redes, reglas contractuales claras, control de costos, gestión de la demanda y mecanismos de calidad sostenidos.

Lo que comparten los cuatro modelos

- **Descentralización** — capacidades de decisión fuera de la administración central
- **Separación de funciones** — Estado como rector, operación con mayor autonomía
- **Orientación a resultados** — metas, indicadores, acreditación, control de producción
- **Mix público-privado** — recursos estatales + lógicas de gestión o inversión privadas
- **Búsqueda de eficiencia** — productividad, control de costos, mejora de procesos
- **Coordinación en red** — integración con la red asistencial y gestión de la demanda

Espectro: autonomía estatal ↔ participación privada

Mayor autonomía estatal

Mayor participación privada

San Luis	Salta	Córdoba	Mendoza
----------	-------	---------	---------

Ubicación conceptual según el grado de involucramiento privado en la operación, la inversión y el financiamiento — de mayor autonomía estatal (San Luis) a mayor participación privada en infraestructura y gestión (Mendoza).

Cuatro diseños institucionales distintos

 Salta Concesión con presupuesto fijo  Modelo institucional Gestión pública indirecta por concesión a una UTE.  Financiamiento Presupuesto anual fijo y prospectivo, respaldado por un fondo fiduciario.  Foco distintivo Unidades clínicas descentralizadas y control de resultados asistenciales.  Alcance asistencial Atención gratuita restringida a residentes sin cobertura social.	 San Luis Ente autárquico financiado por facturación  Modelo institucional Ente autárquico con amplia autonomía operativa. público  Financiamiento Facturación de prestaciones a obras sociales y al Estado.  Foco distintivo Digitalización, inteligencia artificial, tableros de mando y medición por GRD.  Alcance asistencial Alta complejidad y expansión de programas de trasplante.
 Córdoba Infraestructura pública, gestión privada  Modelo institucional Asociación público-privada gestionada por un grupo hospitalario.  Financiamiento Infraestructura pública; equipamiento, personal y gestión a cargo del privado.  Foco distintivo Gestión en red, homogeneización de calidad, acreditación internacional y sostenibilidad ambiental.  Alcance asistencial Alta complejidad, sin pediatría ni obstetricia, derivadas a otros centros	 Mendoza Concesión colaborativa de largo plazo  Modelo institucional Concesión colaborativa para completar y operar el hospital.  Financiamiento Pago estatal por prestaciones con descuento, canon del concesionario e inversión privada.  Foco distintivo Finalización de infraestructura, ampliación progresiva de servicios y cupos de atención pública.  Alcance asistencial Modelo mixto para pacientes públicos y con cobertura; escala inicial menor

La innovación institucional puede elevar el desempeño hospitalario, pero exige coordinación de redes, reglas contractuales claras, control de costos, gestión de la demanda y mecanismos de calidad sostenidos en el tiempo.