



# CONCESIONES DE GESTIÓN CLÍNICA EN CHILE ¿POR QUÉ NO?

AGOSTO 2025

SERIE  
INFORME  
ECONÓMICO  
327

AUTOR: PABLO EGUIGUREN F.

ISSN 0717-1536



**AUTOR:**  
**PABLO EGUIGUREN F<sup>1</sup>.**

Ingeniero Comercial UC, MPP Universidad de Chicago. Director de Políticas Públicas Libertad y Desarrollo.

1. El autor agradece a Jonas Wright-Lee por su valiosa contribución en la revisión de la literatura utilizada para este trabajo. También a Edna Pizarro, directora de Salud de la Municipalidad de Las Condes y a Álvaro Téllez, de la Facultad de Medicina UC, por su disposición para explicar los modelos de la Clínica Nueva Cordillera y Ancora, respectivamente.

# CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	4
2. LAS VENTAJAS Y DESAFÍOS DEL MODELO DE CONCESIÓN	6
3. RAZONES PARA PROMOVER UN MODELO DE CONCESIÓN DE LA GESTIÓN HOSPITALARIA EN CHILE	8
4. MÁS ALLÁ DEL DIAGNÓSTICO: PROPUESTAS PARA AVANZAR HACIA UN SISTEMA DE CAPACITACIÓN EFECTIVO	10
5. RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE CONCESIONES DE GESTIÓN CLÍNICA	13
6. LECCIONES PARA CHILE DE LA APLICACIÓN DE MODELOS DE CONCESIÓN DE GESTIÓN HOSPITALARIA	17
7. CONCLUSIONES	20
8. REFERENCIAS	24

# 1. INTRODUCCIÓN

Chile tiene una larga tradición de asociaciones público-privadas para la solución de problemas en ámbitos como educación, salud y, más recientemente la provisión de infraestructura. En educación, por ejemplo, desde fines del siglo XIX el Estado entregó aportes a la Iglesia y las fundaciones para que colaboraran con la formación académica de la población. En 1920, la Ley de Educación Primaria Obligatoria creó la subvención escolar que se pagaba en base a la asistencia media de los alumnos, la que podía ser recibida por “sociedades de cualquier clase”<sup>2</sup>. Asimismo, los primeros seguros de salud nacieron de la iniciativa privada a través de organizaciones de trabajadores que cotizaban para asegurarse ante el riesgo de accidentes, enfermedades y fallecimientos. Ese fue el inicio de las mutuales y sociedades de socorro de mediados del siglo XIX.

En las últimas décadas el modelo de concesiones ha sido utilizado fundamentalmente como una forma de financiar y gestionar infraestructura pública como carreteras, aeropuertos e infraestructura pública, como hospitales, embalses, cárceles, entre otros. Un resumen del número de proyectos y la inversión total se muestra en la Tabla N°1. Si bien, algunas de estas concesiones incluyen servicios asociados (aseo o estacionamientos), poco se ha avanzado en un involucramiento en la gestión de los servicios a través de privados.

En el caso de la salud, por ejemplo, pese a los proble-

**Tabla 1:**  
Distribución de proyectos e inversión en infraestructura concesionada<sup>3</sup>

Tipo de inversión	Número de proyectos	Inversión (en US\$ millones)
Rutas interurbanas	39	11.226
Aeropuertos	27	1.617
Autopistas urbanas	12	5.195
Infraestructura pública	30	4.266

Fuente: Copsa.

mas de gestión de los hospitales del Estado, la asociación público-privada en la administración de los recintos hospitalarios no ha sido considerada como una solución. Sin embargo, esto podría traducirse en una mejor oportunidad en la atención médica de los chilenos teniendo en cuenta que, al primer trimestre de 2025, existían casi 2,7 millones de personas en las listas de espera de la salud estatal.

En este contexto, el presente documento analiza la evidencia internacional respecto a la concesión de los servicios médicos en hospitales estatales en diferentes países, buscando extraer lecciones que puedan ser útiles para avanzar en esa dirección en nuestro país, donde únicamente existe un caso de concesión de la gestión hospitalaria en la comuna de Las Condes.

2. Ley 3.654, artículos 43 y 44.

3. Datos a diciembre de 2023.

## 2. LAS VENTAJAS Y DESAFÍOS DEL MODELO DE CONCESIÓN

Los modelos de asociación público-privada tienen una serie de ventajas. La más evidente es, como establecen Torchia et al. (2013), que el sector estatal y el sector privado contribuyen con sus propias fortalezas, habilidades y destrezas, y que esa combinación de esfuerzos permite resolver los desafíos actuales de los sistemas de salud que, por sí solos ni el sector público ni el privado podrían solucionar. En ese sentido, la Comisión Económica de las Naciones Unidas para Europa (2008) da cuenta que la disponibilidad de recursos, habilidades de gestión y capacidad tecnológica del sector privado se complementa con la potestad regulatoria del sector estatal público y la protección de ciertos valores de interés público, como acceso y transparencia.

Respecto a los factores financieros que favorecen este tipo de asociaciones, estas permiten que el sector estatal se libere del costo que implican grandes inversiones de capital y desplaza el riesgo financiero de la gestión de

dicha infraestructura a las empresas privadas que, además, pueden especializarse en los servicios clínicos (Barlow et al., 2013). Asimismo, como se mencionará más adelante, las concesiones en el caso del sector salud han generado ahorros al Estado a través de una gestión más eficiente de los recursos.

Tynkkynen et al. (2021) enfatiza que los contratos de concesión, al incentivar la competencia entre proveedores, ayudan a controlar costos, a aumentar la eficiencia y una mayor flexibilidad organizacional, todo lo cual posibilita una mejor atención a los pacientes. En particular en el área de recursos humanos, Herzlinger et al. (2014) señalan que este tipo de contratos tienen mayor flexibilidad de contratación, incentivan el desempeño y promueven el desarrollo profesional de mejor manera que los hospitales de gestión estatal.

Sin embargo, estos modelos también deben lidiar con

algunas restricciones. Primero, las asociaciones público-privadas involucran una asociación entre dos organizaciones estructuralmente diferentes, con estrategias y metas operacionales distintas (Zhang et al., 2009).

Segundo, los altos costos de transacción y monitoreo que este tipo de modelos puede generar son un desafío a construir una institucionalidad que alinee objetivos (Barlow, et al., 2013). Es ahí donde el Estado tiene un rol insustituible en diseñar contratos que prevengan, por ejemplo, reducciones de costos que terminen dañando la calidad del servicio ofrecido a los usuarios, en fomentar licitaciones competitivas que lleven a mejores servicios o menores precios y en cumplir con el rol fiscalizador del fiel cumplimiento de los contratos que dan origen a este tipo de asociaciones.

Si bien ciertos autores resaltan la debilidad y falta de capacidades del Estado para levantar este tipo de acuerdos público-privados (Pereira et al., 2020) y otras investigaciones advierten del riesgo de acuerdos desbalanceados que se presten para fraude o abuso, estos pueden ser soslayados. Asimismo, Chile, ha recorrido un camino de décadas de experiencia en el uso de este tipo de acuerdos de los cuales se pueden sacar lecciones para evitar o minimizar ese tipo de problemas y, al mismo tiempo, aprovechar las ventajas antes mencionadas.

## Concesiones en el ámbito de la salud

Actualmente Chile tiene 24 hospitales que se han construido a través de un modelo de concesiones por una inversión de más de US\$2.700 millones<sup>4</sup>. Esto implica que el Estado licita la construcción y, en algunos casos, la mantención de la infraestructura y el equipamiento a cambio de un pago por el uso de esa infraestructura y

equipos. Este modelo ha permitido ampliar el número de camas y pabellones disponibles sin que haya sido el Estado quien financie directamente esas inversiones.

Saint-Pierre y Sugg (2023) compararon las diferentes modalidades de construcción de infraestructura de salud (gestionada por el Ministerio de Salud, por el Ministerio de Obras Públicas y concesiones), que demostró que las concesiones tienen un menor plazo de ejecución, y que si bien la infraestructura financiada vía concesiones tiene un costo final por metro cuadrado construido similar, entrega más certeza sobre el total de los costos de los proyectos, el que además considera otros aspectos (seguros, inspección técnica, entre otros) que, finalmente, implican un ahorro.

Algunas de esas concesiones también han considerado servicios adicionales. En ese sentido, es útil diferenciar entre los distintos modelos de asociación público-privada. Las más básicas son aquellas donde únicamente se concede la infraestructura. Las más comprehensivas son las denominadas concesiones de “bata blanca” donde el privado se hace cargo de la gestión clínica de los pacientes, pasando por asociaciones de “bata gris” que considera servicios tales como seguridad, mantenimiento de infraestructura, lavandería, alimentación, entre otros. También existen modelos de “bata verde”, donde además de los servicios considerados en las asociaciones de “bata gris” se encarga al sector privado servicios de apoyo clínico, por ejemplo, imágenes, esterilización, laboratorio, etc., tal como se explica en el Gráfico N°1.

En el caso de Chile, las más recientes concesiones de infraestructura hospitalaria adjudicadas por el Ministerio de Obras Públicas consideran la mantención de la infraestructura y la adquisición, mantención y repo-

4. Fuente: Presentación de Mauricio Márquez en el conversatorio “Hablemos de concesiones hospitalarias en salud”, disponible en <https://www.youtube.com/live/P72Yd8a0tjw>

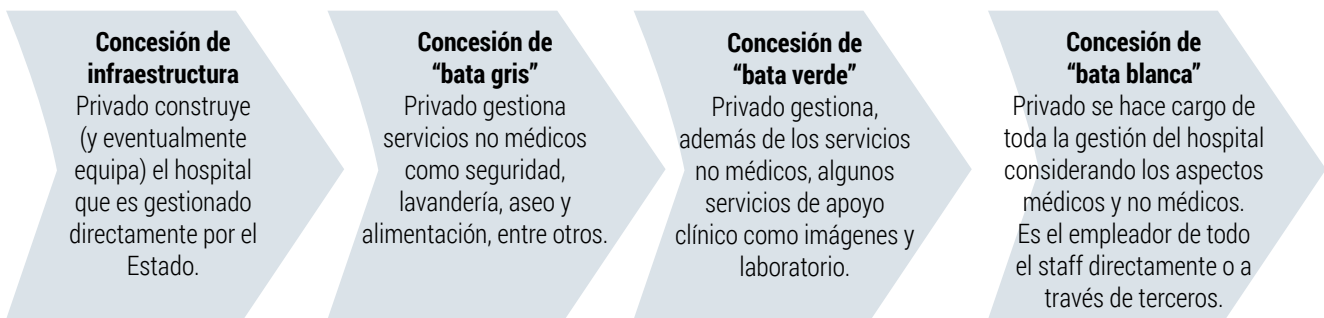
sición de equipamiento médico y mobiliario clínico, y mobiliario no clínico. En tanto, concesiones como la del Hospital Félix Bulnes incluyen, además, áreas como aseo, alimentación de pacientes y funcionarios, entre otros servicios no clínicos de apoyo al funcionamiento del recinto.

Sin embargo, hasta ahora ningún hospital dependiente del Ministerio de Salud ha optado por asociarse con privados que lleven la gestión clínica del establecimiento (una excepción es el caso del mu-

nicipio de Las Condes, ver Recuadro N°1). En este tipo de casos, en general, la infraestructura mantiene su propiedad estatal y es una empresa privada la que emplea a los médicos, enfermeras y otro personal de la salud, así como la adquisición y mantención del equipamiento

Si bien los detalles de qué servicios son parte de la concesión varían según cada modelo, dado el contexto chileno, la concesión de los servicios médicos (“bata blanca”) parece el modelo más interesante de analizar.

**Gráfico N°1:** Tipos de asociaciones público-privadas en salud



Fuente: elaboración propia.

### 3. RAZONES PARA PROMOVER UN MODELO DE CONCESIÓN DE LA GESTIÓN HOSPITALARIA EN CHILE

La productividad de los hospitales del Estado no ha acompañado el esfuerzo que ha hecho el país en allegar más recursos al área. Como se muestra en el Gráfico N°2, el gasto público en salud se ha multiplicado por cinco veces en el periodo 2003 – 2023. Además, el sector salud ha subido constantemente como proporción del total del gasto público. De este modo, si en 2015 el sector significaba un 19%, en 2024 ese porcentaje llegaba al 22%<sup>5</sup>.

Si bien esta alza del gasto está relacionada con un número mayor de servicios, ellos no se han traducido en mayor productividad. En ese sentido, por ejemplo, el número de camas entre 2010 y 2024 ha crecido en 6,4% (Deis, MINSAL). Sin embargo, el número de egresos hospitalarios ha caído en la última década (ver Gráfico N°3) y aún no recupera el nivel que existía previo a la pandemia. Asimismo, el gasto promedio por enfermedad en atención terciaria no ambulatoria en hospitales públicos subió un 87% entre 2014 y 2023, superando el alza de costos en los prestadores privados<sup>6</sup>.

En ese sentido, Sánchez e Inostroza (2024) muestran un empeoramiento significativo en los indicadores de eficiencia del gasto en salud entre 2013 y 2023, con una pérdida de productividad de 3,8% anual durante el periodo estudiado. Lo anterior no es sorpresa, ya que diferentes investigaciones han mostrado la baja eficiencia del sistema y la heterogeneidad en la eficiencia del funcionamiento de los hospitales estatales. Otros estudios han mostrado el bajo uso de pabellones quirúrgicos (CNEP, 2020), el no uso de infraestructura disponible por falta de equipamiento o personal (Aguilar-Barrientos y Velasco, 2022) y la alta heterogeneidad en la productividad de los distintos hospitales del Estado (Eguiguren y Dussailant, 2023).

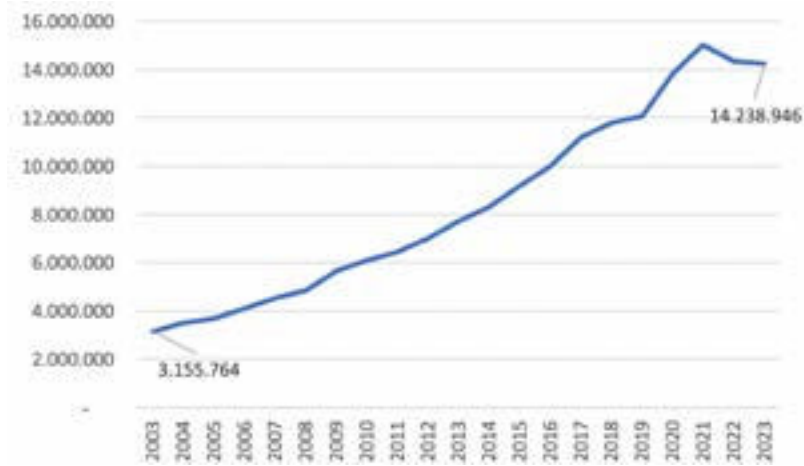
Entre los factores que inciden en esa baja productividad están los niveles deficientes de productividad del personal médico. En ese sentido, Rodríguez y Tokman (2000) identificaron una caída de la eficiencia del gasto público en personal del 45% entre los años 1992 y 1999<sup>7</sup>. Los autores explican que esta caída se debió

5. Fuente: DIPRES, Estadísticas de Finanzas Públicas (2025).

6. En el mismo periodo la atención en prestadores privados subió un 63%. Fuente: Ministerio de Salud.

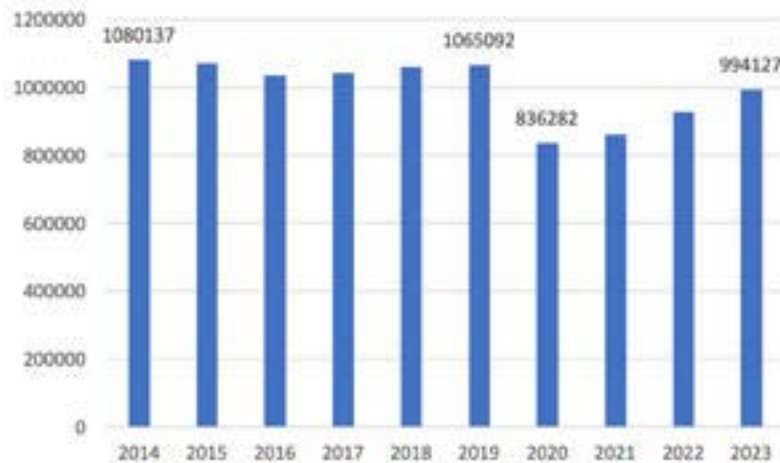
7. Este estudio incluyó también al personal que se desempeñaba en la atención primaria de salud.

**Gráfico N°2:** Gasto público en salud (en millones de pesos de 2023)



Fuente: elaboración propia en base a datos del MINSAL.

**Gráfico N°3:** Egresos hospitalarios totales 2014 - 2023



Fuente: elaboración propia en base a datos del MINSAL.

fundamentalmente a la fuerte alza de los salarios en el periodo mencionado y también al ausentismo laboral, a la baja ejecución de horas que los médicos tenían contratadas y a la disminución de horas trabajadas, pero no de las horas contratadas, entre otros factores. Estudios más recientes apuntan en la misma dirección. Sánchez

e Inostroza (2024) muestran que el costo operacional (gasto en personal y en bienes y servicios de consumo) promedio subió un 21% entre los años 2013 y 2023. Por otro lado, el propio Ministerio de Salud reconoce que en 2024 se suspendieron casi 31 mil intervenciones quirúrgicas y un 35% de ellas (más de 10 mil) está relacio-

nada con problemas con los equipos quirúrgicos o las unidades de apoyo logístico y apoyo clínico<sup>8</sup>, que están relacionadas al manejo de los recursos humanos de los hospitales del Estado.

La gestión del personal médico de los hospitales estatales, además, enfrenta otras complejidades. Las remuneraciones no varían según productividad, ni existen sanciones reales a quienes presentan un mal desempeño. Asimismo, los directores de los hospitales, y especialmente los directores de servicios de salud que son la máxima autoridad a cargo de los hospitales, parecieran rotar de acuerdo a consideraciones políticas y no a su

desempeño (Eguiguren, 2025). Todos estos factores explican, en parte, la caída de la productividad.

Sin embargo, modificar los incentivos que enfrenta el personal médico no es una tarea sencilla, ya que implica una serie de cambios legales que deben ser aprobados por el Congreso. Sin embargo, considerando la evidencia sobre los potenciales beneficios de modelos de concesiones, este puede ser un camino para mejorar los incentivos que enfrenta el personal médico y, de esa manera, mejorar la productividad de la salud estatal, sin cambios institucionales de gran magnitud que son de baja probabilidad de ocurrencia.

---

8. Fuente: OFICIO CP N°2169 / 2025, Subsecretaría de Redes Asistenciales.

## 4. MÁS ALLÁ DEL DIAGNÓSTICO: PROPUESTAS PARA AVANZAR HACIA UN SISTEMA DE CAPACITACIÓN EFECTIVO

Las concesiones en el rubro de salud varían en el nivel de involucramiento del sector privado en la asociación que logran con el sector público, tal como se presentó en el Gráfico N°1.

En el caso de las concesiones que incluyen la gestión clínica (“bata blanca”) existen diferentes versiones. El primero donde el concesionario se hace cargo de la atención de una población específica y recibe un pago fijo por persona bajo su cuidado (pago per cápita), en donde hay casos en que la concesión considera solo la atención hospitalaria o bien se hace cargo de todo el sistema de salud partiendo desde la atención primaria. El segundo es un sistema del tipo *fee-for-service*, donde el concesionario es de libre atención y cobra un precio previamente establecido por cada paciente atendido, sin importar su lugar de residencia. Naturalmente, existen modelos híbridos en cuanto a la población atendida y los mecanismos de pago.

Alrededor del mundo hay distintas experiencias en base a los modelos descritos. Pese a que la evidencia disponible sobre sus resultados no abunda, es posible identificar las fortalezas y debilidades de asociaciones público-privadas de gestión médica en hospitales estatales en países de Latinoamérica y Europa.

En el caso de Perú, las concesiones de “bata blanca” son bajo el sistema de pago per cápita<sup>9</sup>. Por ejemplo, en 2014 comenzó a operar el Hospital Alberto Barton Thompson ubicado en Lima cuya concesión es por 30 años, más dos años para la construcción de la infraestructura que era totalmente nueva según los requerimientos definidos por el Estado. Atiende a una población objetivo de 250 mil personas en la Red Asistencial Sabogal, desde la atención primaria hasta la atención domiciliaria, pasando por hospitalización y consultas. Las mismas condiciones tiene la concesión del Hospital Guillermo Kaelin también ubicado en Lima (es parte de la Red

9. Además, cuenta con concesiones que abarcan los servicios no médicos y servicios de apoyo clínico en el Hospital Especializado de Piura y de Chimbote. Más detalle ver <https://www.gob.pe/institucion/essalud/colecciones/54071-contratos-vigentes-app>

Asistencial Rebagliati) y que también comenzó sus operaciones en 2014. Ambos son gestionados por la misma empresa privada.

Además, existe una tercera concesión de operación para consultas externas a los hospitales, así como imagenología y procedimientos diagnósticos que presta servicios a tres redes asistenciales de Lima. La concesión es por un periodo de 20 años y la opera una empresa diferente a la que gestiona los dos hospitales recién mencionados.

En Brasil, en tanto, cada Estado tiene cierta autonomía para organizar su sistema de salud. En Sao Paulo, entre 1998 y 2005 se concesionó la operación de 16 nuevos hospitales a instituciones sin fines de lucro para operarlos bajo un sistema de “bata blanca”. El sistema de pago es diferente al del caso peruano: cerca del 90% de los ingresos está asociado a objetivos de productividad y el 10% restante al cumplimiento de estándares de calidad. Los hospitales que funcionan bajo este mecanismo no pueden cobrar a los pacientes que, en general, son personas de bajos recursos. Para la fiscalización de los hospitales concesionados se creó una unidad especial en el Ministerio de salud paulista que monitoreaba el cumplimiento de los contratos (Forgia y Hardent, 2009).

Otro ejemplo brasileño es el del estado de Bahía. A partir de 2012 comenzó a operar bajo el mecanismo de *fee-for-service* (con tarifas previamente acordadas) y por un periodo de 10 años, la concesión del Hospital do Subúrbio que fue construido por el Estado y entregado a un operador privado para su habilitación y posterior gestión. El mecanismo de pago responde a indicadores cuantitativos y de desempeño. Adicionalmente, tiene derecho sobre el 50% de los ingresos extraordinarios. El contrato es monitoreado por la secretaria de salud de Bahía (Astorga et al., 2016).

En España, a fines de los 90' la comunidad de Valencia reorganizó su sistema de salud. El nuevo modelo comenzó en el departamento de Alzira con la concesión de

un hospital por un periodo de 10 años. Posteriormente otros cuatro departamentos siguieron el mismo camino, todos ellos supervisados por la secretaria de salud de Valencia (Caballer-Tarazona y Vivas-Consuelo 2016).

Luego de cuatro años de funcionamiento y debido a problemas de coordinación entre los distintos niveles de atención, el modelo de Alzira pasó a un sistema más integral. De este modo, la concesión pasó a hacerse cargo también de los centros de atención primaria, secundaria y otros centros auxiliares de la región y se amplió la concesión a 15 años prorrogables por otros 5 años (Campoy Domene y Santacreu i Bonjoch, 2008). De este modo, a cambio de un pago per cápita, el concesionario construye infraestructura -de acuerdo a un plan quinquenal aprobado por la autoridad de salud de la comunidad-, realiza las inversiones necesarias para la mantención y el equipamiento, y opera los centros de salud y hospitales. En el caso de Alzira, el pago fue establecido por debajo de lo que costaría la atención en un hospital similar gestionado por el Estado (Barlow et al., 2013). El mecanismo de pago considera que el operador enfrenta un castigo financiero en caso que personas adscritas al departamento se atendieran en otros recintos médicos. Por el contrario, recibe ingresos si personas que forman parte del sistema de salud español, pero que no están adscritas al departamento de Alzira, hacen uso de sus servicios. Estos últimos se remuneran en base a un sistema de *fee-for-service* (Herzlinger et al., 2014). Finalmente, es posible obtener otros ingresos por la explotación de servicios no médicos como cafetería, estacionamientos, etc.

En la comunidad de Madrid cuatro funcionan como concesiones de “bata blanca” para atención hospitalaria y ambulatoria. Se les remunera en base a un pago per cápita de la población que reside en los municipios definidos en la concesión. Sin embargo, también pueden recibir a otros pacientes que sean parte del sistema de salud de Madrid. Son concesiones que incluyen la construcción y mantenimiento de la infraestructura y

la operación por un periodo de 30 años. La fiscalización del cumplimiento de los contratos recae en el servicio madrileño de salud que realiza auditorias al cumplimiento de los contratos y entrega información pública que permite comparar la performance de los hospitales concesionados y de los que funcionan de manera tradicional<sup>10</sup>.

Finalmente, en el caso de Portugal, el sistema de concesiones utiliza dos contratos: uno más prolongado para remunerar la infraestructura hospitalaria (típicamente a 30 años) y otro más acotado para los servicios médicos y otros asociados. En este sentido, este modelo difiere del español, donde se han privilegiado contratos conjuntos para la construcción de la infraestructura y la operación. Los contratos de operación del caso portugués, tienen una duración de 10 años y se concesionan en ese plazo de modo de poder reemplazar a los proveedores de bajo rendimiento (Ferreira y Marques, 2021). Para calificar el desempeño de los privados, se crearon comités permanentes de seguimiento quienes supervisan el fiel cumplimiento del contrato, para lo cual cuenta con acceso completo a la información necesaria y garantiza la coordinación con el operador. El Ministerio de Finanzas es la autoridad que supervisa el cumplimiento financiero y el de Salud de la supervisión operativa. Asimismo, hay un equipo tripartito que es el que debe proponer eventuales modificaciones a los contratos de concesión (Pereira, Ferreira y Marques, 2020).

En resumen, los casos analizados comparten una serie de características. La primera es que las concesiones se integran a los servicios de salud locales, haciéndose cargo de la gestión clínica (en algunos casos de manera integral desde la atención primaria y otros exclusiva-

mente de la gestión hospitalaria), por plazos extensos de tiempo, y son fiscalizados por entes estatales que sigue siendo dueñas de la infraestructura y el equipamiento entregado en concesión.

Otra característica común a todos los sistemas de concesión es que los médicos que se desempeñan en hospitales concesionados se rigen por la regulación laboral del sector privado, siendo una de las principales diferencias con los hospitales de gestión estatal. Esto permite generar mecanismos de incentivos que apuntan a mejorar la productividad de los establecimientos. Por ejemplo, en el caso del hospital de Alzira (Valencia, España) se creó un mecanismo de incentivos monetarios individuales (por productividad y calidad de servicio) que alcanzan casi el 20% del salario, lo que permitía que los salarios de esos médicos fueran superiores a los de sus pares de hospitales estatales. Asimismo, la mayor flexibilidad horaria del hospital permitió utilizar más intensivamente los pabellones y, por ende, incrementar los ingresos de los médicos (Herzlinger et al., 2014).

#### Recuadro N°1: La implementación de concesiones de gestión clínica en Las Condes<sup>11</sup>.

En 2005, la Municipalidad de Las Condes compró un inmueble para transformarlo en un prestador de salud de nivel secundario. Dos años más tarde, se celebró un contrato de concesión con un operador privado. Interclínica S.A., fundada en 1989, y que al momento de firmar el acuerdo manejaba cuatro recintos de salud en distintas regiones del país. La denominada Clínica Nueva Cordillera de Las Condes comenzó a operar en marzo de 2009.

El contrato es por un periodo de 40 años renovables por un plazo que se fije de común acuerdo entre las partes y aprobado por el Concejo Municipal, por el plazo que se determine en esa oportunidad. Este establece, entre otras obligaciones,

10. Para más información ver <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/control-seguimiento-centros-servicios-gestion-indirecta>

11. Esta sección se elaboró en base a: De La Maza, F. "Acceso a salud de calidad a través de un inédito modelo de concesión y gestión público privada", en "Concesiones: El Esperado Relanzamiento", Libertad y Desarrollo 2014; "Concesión de Inmueble para la Administración y Explotación de Establecimiento de Salud, Municipalidad de Las Condes e Interclínica S.A."

que los privados aportarán *know how*, equipamiento médico y mobiliario (y su renovación) y capital de trabajo para el funcionamiento de la clínica. También deben contratar al personal médico y no médico para asegurar el funcionamiento del recinto y suscribir acuerdos para la derivación de los pacientes que lo requieran a recintos médicos de mayor complejidad. Finalmente, el concesionario debe conseguir todos los permisos requeridos para el funcionamiento de un recinto de salud.

Por su parte, el Municipio entregó la infraestructura junto con el mobiliario y equipamiento existente a la fecha de la concesión. Además, se comprometió a ampliaciones de la infraestructura durante el periodo de la concesión y a apoyar el financiamiento de equipamiento médico a cambio de nuevas obligaciones para el concesionario.

Finalmente, el concesionario debía pagar un monto anual fijo en UF al Municipio en forma de prestaciones médicas. Dicho monto iba en aumento a medida que la infraestructura entregada en concesión iba creciendo. Estos recursos son utilizados para subsidiar el costo del copago de las atenciones médicas que los vecinos de Las Condes realizan en la clínica, independiente si son usuarios de Fonasa o Isapre, siendo el propio municipio quien define la asignación y el porcentaje de subsidio a entregar.

El contrato estableció que cualquier persona podía atenderse en ella, incluso los vecinos de comunas diferentes a Las Condes. Actualmente, según información del Municipio, aproximadamente 75% de los pacientes de la clínica son vecinos de la comuna y 25% proviene de comunas distintas a Las Condes.

En el caso de los beneficiarios de Fonasa, que representan a cerca del 90% de los pacientes de la clínica, la concesión no puede cobrar más que los aranceles que dicho seguro establece (en su nivel 3). Para los afiliados a Isapre no se puede cobrar más que ese mismo valor con un recargo del 50%. De realizarse prestaciones que no tengan arancel Fonasa, los precios a cobrar son definidos por el directorio de la concesión.

El concesionario puede obtener ingresos por servicios anejos a su labor médica a través de la explotación de servicios como cafetería, farmacia y estacionamientos, entre otros.

La fiscalización del cumplimiento del contrato de concesión recae en la Secretaria Comunal de Planificación. La concesión está a cargo de un directorio compuesto por seis miembros: tres representantes del municipio y tres representantes del concesionario. Los acuerdos en el directorio son por mayoría simple. Entre los deberes de este directorio está: conocer y analizar la marcha de la concesión, velar por el cumplimiento del contrato, aprobar y proponer al municipio cambios en las prestaciones y sus precios, conocer y aprobar propuestas de inversión en equipamiento, entre otros.

El contrato puede extinguirse según común acuerdo de las partes por incumplimiento de las obligaciones por parte del concesionario o el incumplimiento de los acuerdos del directorio de la concesión, entre otras causales estipuladas en el contrato.

Una vez finalizada la concesión, el inmueble volverá a manos del Municipio, el que puede decidir volver a concesionar dicha infraestructura.

## 5. RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE CONCESIONES DE GESTIÓN CLÍNICA

Las principales ventajas que han evidenciado los países que han aplicado asociaciones público-privadas en la administración de establecimientos de salud, están relacionadas con la disminución de costos respecto a los hospitales del Estado administrados de manera tradicional, mejores resultados médicos y mayor satisfacción de los usuarios. En definitiva, las asociaciones público-privadas tienen el potencial de hacer más eficientes los recursos destinados a salud.

Uno de los factores que más incide en ese resultado tiene relación con la mayor flexibilidad en el uso de los recursos humanos, algo que se destaca en distintas investigaciones que han analizado las concesiones de gestión clínica. Por ejemplo, Pérez-Romero et al. (2019) concluyen que, para el caso español, “el marco estatutario de relaciones laborales (en contraposición con el código laboral) puede constituir un importante lastre para la eficiencia del hospital”. Si bien los temas asociados a

los trabajadores son relevantes para explicar mejoras en eficiencia, no son los únicos. De acuerdo a Herzlinger et al. (2014), los hospitales concesionados en el departamento de Alzira, Valencia, operaban con un presupuesto un 25% menor que otros recintos comparables gracias a mayor flexibilidad de gestión, pero también debido al desarrollo de herramientas informáticas y una plataforma de logística y compras que lograron reducir los costos<sup>12</sup>.

En el caso de Sao Paulo, Brasil, Forgia y Harding (2009) demuestran una mayor eficiencia de 12 hospitales concesionados cuando son comparados con 12 hospitales administrados por el Estado de características similares. Entre los principales factores de estas diferencias estaba la mayor eficiencia en el uso de médicos y enfermeras, que bajo el régimen de concesión trabajan bajo la legislación privada. Los autores utilizaron análisis estadísticos de eficiencia (DEA<sup>13</sup>) donde descubrieron que los

12. El modelo nació bajo el gobierno del Partido Popular (PP, centroderecha) en la comunidad de Valencia. En 2017, tras el cambio de gobierno en dicha comunidad, el PSOE (centroizquierda), decidió no renovar la concesión del hospital.

13. Análisis Envolvente de Datos.

hospitales estatales requerían aproximadamente un 60% más de insumos para producir los mismos resultados.

En la experiencia brasileña del Hospital do Subúrbio en el estado de Bahía, resultó en un costo 10% menor por día cama ocupada en comparación con hospitales similares del mismo estado. La alta demanda por este hospital obligó a ampliar el contrato (número de camas y pago para financiar inversiones no consideradas inicialmente). Además, fue el primero en la región norte y nordeste del país en contar con acreditación de calidad (Astorga et al. 2016).

Luego de utilizar un análisis DEA, Pérez-Romero et al. (2019), muestran que los hospitales concesionados en España lograban una mayor eficiencia que los de gestión directa del Estado. Asimismo, un análisis econométrico del sistema de salud español da cuenta que ser concesionado está asociado a una mayor eficiencia en el funcionamiento del hospital. En el caso específico de Valencia, Caballer-Tarazona y Vivas-Consuelo (2016), usando el mismo método, encuentran que uno de los dos hospitales concesionados, entre aquellos clasificados como de tamaño pequeño o mediano, es calificado como eficiente, mientras que, entre los hospitales de mayor tamaño, de siete evaluados, solo dos son calificados como eficientes: uno estatal y el único concesionado de dicha categoría.

Finalmente, un estudio de la Entidad Reguladora de Salud de Portugal<sup>14</sup> realizó en 2016 un análisis DEA a un grupo de 33 hospitales estatales, incluyendo los cuatro que funcionaban vía concesión, donde dos de estos últimos fueron calificados entre los más eficientes de la muestra. En otros indicadores de eficacia y calidad las diferencias entre ambos tipos de hospitales eran, en ge-

neral, no significativas por lo que el estudio no llegó a una conclusión sobre la ventaja del modelo de concesión<sup>15</sup>. Sin embargo, Rodrigues y Carvalho (2023) establecen que los hospitales bajo el modelo de concesión en Portugal generaron un ahorro de aproximadamente 465 millones de euros para el sector público. Una conclusión similar se obtuvo por parte de las autoridades del municipio de Xira, Portugal, analizando el desempeño del Hospital de Vila Franca que concluyó que la asociación público-privada ahorró al Estado alrededor de 30 millones de euros entre 2013 y 2017 (Tribunal de Contas 2019).

En cuanto a los resultados médicos, los hospitales concesionados en la comunidad de Madrid, tres de los cuatro presentan un índice agregado de mortalidad (ajustado por edad, sexo y condiciones del paciente) menor al estándar del Servicio Madrileño de Salud<sup>16</sup>. En tanto, Caballer-Tarazona y Vivas-Consuelo (2016), por su parte, identificaron para el caso de Valencia, España, diferencias estadísticamente significativas en siete variables de desempeño hospitalario, con los hospitales concesionados superando en seis, incluyendo menores tiempos de espera.

En Portugal, la asociación público-privada que administra el hospital de Cascais ha mostrado un mejor desempeño en los 11 indicadores analizados en comparación con el hospital de gestión pública de Setúbal (Rodrigues y Carvalho, 2023).

Los hospitales que funcionan vía concesión también logran buenas tasas de satisfacción de usuarios. En ese sentido, Astorga, et al. (2016) encontraron una tasa de satisfacción de 96% (en el caso de urgencias llega al 92%), significativamente superior al de los hospitales

14. Entidad autónoma de derecho público cuyo mandato es la regulación de los prestadores públicos y privados de salud en dicho país.

15. "Estudo de avaliação das parcerias público-privadas na saúde", Entidade Reguladora da Saúde (2016).

16. Ver: <https://observatorioresultados.sanidadmadrid.org/HospitalesComparativa.aspx?ID=22>

públicos tradicionales en el caso de Brasil. Ello también lo reportan Carvalho y Rodrigues (2022) para Portugal que encuentran una diferencia estadísticamente significativa en la satisfacción de usuarios de hospitales concesionados si se compara con hospitales públicos. Zinelli (2022) compara para Perú dos hospitales, logrando el concesionario un nivel de satisfacción mayor que el de gestión estatal (93,3% vs 66,6%).

En el caso del hospital de Alzira, el índice de satisfacción

de los usuarios superó al resto de los hospitales estatales de Valencia y logró destacarse como el mejor hospital de la comunidad en base a los rankings del ministerio de salud local (Herzlinger et al., 2014). En el caso de Madrid, para el año 2023 (último dato disponible), entre los hospitales de baja complejidad, el concesionario es el con mayor índice de satisfacción de los usuarios. Entre los hospitales de mediana complejidad, hay mayores diferencias: así como el peor evaluado es concesionario, dos de los tres mejores evaluados también lo son<sup>17</sup>.

---

17. Ver: <https://observatorioresultados.sanidadmadrid.org/HospitalesComparativa.aspx?ID=49>

## 6. LECCIONES PARA CHILE DE LA APLICACIÓN DE MODELOS DE CONCESIÓN DE GESTIÓN HOSPITALARIA

De la revisión de las experiencias de países que han implementado asociaciones público-privadas para la gestión hospitalaria, surgen una serie de aprendizajes que deben ser tenidos en cuenta de modo de maximizar los beneficios del involucramiento del sector privado en la salud estatal y evitar algunos de los problemas que se han visto en la implementación de este tipo de modelos en otros países.

### 1. Expertise de la contraparte en el sector estatal

El régimen de contratos en que se basa una concesión requiere de conocimientos específicos que no siempre están presentes en el sector público. Es por ello que, para el caso portugués, Pereira et al. (2020), sugieren la intervención de consultoras externas para el diseño y gestión de este tipo de proyectos. Si bien en dicho país

hay una tradición de concesiones desde los años '70, en el caso de la salud es más reciente y acotado<sup>18</sup>. Ello porque en Portugal hubo una serie de problemas asociados a la falta de experiencia del Ministerio de Salud, la falta de estándares de servicio y de alineación entre el sector público y el privado.

Si bien en Chile existe *expertise* en el área de concesiones de infraestructura, aún falta mucho por avanzar para tener un sistema que funcione correctamente. En el caso de concesiones de gestión, como sería el caso de una concesión de “bata blanca”, dicho conocimiento no existe a nivel local. Para resolver esa posible falta de conocimiento, sería razonable comenzar con proyectos piloto de concesiones de gestión clínica donde el Ministerio de Salud sea el que diseñe los contratos de concesión. Una vez que haya suficiente conocimiento y se hayan generado capacidades a nivel local, lo lógico es que sean los Servicios de Salud -responsables finales de la organi-

18. [https://www.eib.org/files/epec/epec-portugal\\_ppp\\_unit\\_and\\_related\\_institutional\\_framework\\_en.pdf](https://www.eib.org/files/epec/epec-portugal_ppp_unit_and_related_institutional_framework_en.pdf)

zación del sistema estatal de salud en una determinada área- quienes puedan liderar la concesión de hospitales. Un paso siguiente y que es más complejo dado la arquitectura del sistema de salud chileno sería considerando que los modelos de concesión integral, que incorporen también recintos de atención de salud primaria, como los ejemplos de España y Perú, que parecen más eficientes para manejar la salud de la población.

## 2. Cambio de rol del Estado desde proveedor a fiscalizador

Un segundo factor relevante es que el Estado entregue las condiciones para que este tipo de asociaciones se implementen —a través de un marco regulatorio transparente y competitivo— y, a la vez, que ejerza un rol eficaz de fiscalización de los contratos de concesión. Para ello se requiere un cambio de mentalidad del rol del Estado, ya que las concesiones “no implican ‘menos gobierno’, sino un rol gubernamental diferente” (Jamali, 2004).

En ese sentido, la regulación debe incentivar la participación privada y ofrecerle ciertas garantías y, a cambio, el Estado debe ser capaz de sancionar incumplimientos de contratos, malas prácticas y monitorear el funcionamiento de las asociaciones de modo de ir perfeccionando el sistema. Esto último requiere, entre otros, de buenos sistemas de información de los hospitales que funcionan bajo el modelo de concesión.

Actualmente, la Superintendencia de Salud es el ente encargado de la fiscalización de todos los prestadores de salud públicos y privados en Chile<sup>19</sup>. En ese sentido, la fiscalización del cumplimiento de toda la normativa sanitaria a hospitales que funcionen mediante concesiones recaerá sobre dicha Superintendencia. Sin embargo,

el monitoreo de los contratos de concesión debe quedar radicado en el mandante de ese contrato, es decir, el respectivo Servicio de Salud, para que quien realice su supervisión. Tal como se explicó en el punto anterior es posible que, en una primera etapa, la fiscalización se realice directamente desde el Ministerio de Salud hasta que los propios servicios de salud desarrollen las capacidades para ser una contraparte sólida e imparcial de quienes se adjudiquen esas concesiones.

## 3. Flexibilidad en contratos para responder a un entorno cambiante

Un tercer elemento a considerar es la flexibilidad que deben tener los contratos para ir adecuándose en el tiempo. Dado que la tecnología sanitaria avanza rápidamente, los contratos deben ser capaces de adecuarse a esos cambios. En la experiencia comparada muchos de los contratos son a largo plazo, ya que muchos incluyen además de la gestión hospitalaria, la construcción de la infraestructura. Esos contratos de concesión suelen estar especificados con gran detalle y con fuertes penalizaciones por introducir cambios (Mckee et al. 2006). Tal como explican Pereira et al. (2020), la imprevisibilidad de las necesidades de salud a largo plazo, causada por la evolución de tecnologías y tratamientos, reduce la fiabilidad de los contratos y provoca renegociaciones, muchas veces influenciadas por escasa competencia y la asimetría de información.

Aquí toma relevancia también la extensión de los contratos. El modelo portugués de concesiones de gestión cada 10 años permite que los proveedores con bajo rendimiento sean reemplazados con mayor rapidez. Esto fomenta la competencia, incentiva el buen desempeño de los incumbentes y reduce la probabilidad de renego-

19. Cuya institucionalidad y atribuciones se están perfeccionando a través de un proyecto de ley que se discute actualmente en el Congreso. Boletín N° 17.397-11.

ciaciones que son más comunes en contratos de mayor plazo. En el caso de Las Condes, pese a que no se consideró la infraestructura, tal como en el caso portugués, el contrato es a 40 años y dada la gobernanza diseñada por el Municipio (con un directorio con tres miembros del mandante y tres miembros del concesionario) no es fácilmente modificable, ya que el contrato carece de mecanismos bien diseñados para resolver conflictos y actualizar el contrato ante diferentes contingencias.

En ese sentido, hay consideraciones relevantes. Por ejemplo, que los plazos de concesión consideren los ciclos de vida del equipamiento médico, pues es posible que resulte más sencillo coordinar su renovación con la entrada de nuevos concesionarios que negociarlas durante la vida del contrato.

#### 4. Considerar todo tipo de atención

Para promover una atención de salud más eficiente, que promueva la prevención y la resolución de problemas antes que se agraven, parece razonable avanzar hacia asociaciones público-privadas integrales que aborden tanto la concesión de hospitales, como de la atención primaria. Esto permitiría, además, flexibilizar la gestión de consultorios estatales que enfrentan muchas de las restricciones de la salud provista por el Estado -fundamentalmente relacionados con el manejo de recursos humanos- y que también muestran problemas de eficiencia<sup>20</sup>. En el caso chileno, esto implicaría también la coordinación con los municipios que son quienes administran los consultorios de atención primaria. Si bien esto genera una complejidad adicional, existe experiencia de la cual aprender (ver Recuadro N°2).

Concesiones bajo este tipo de modelos también evitan ciertos incentivos perversos que pueden darse en caso de que hospitales concesionados no estén integrados al resto del sistema de salud. En el caso de Bahía, Brasil, por ejemplo, Astorga et al. (2016) explica que, ante el éxito del hospital, los municipios dejaron de potenciar la atención primaria, lo que a juicio de los autores corre el riesgo de que el sistema de salud se centre en “la atención de problemas de salud, dejando en un segundo plano el enfoque preventivo-promocional sustentado en una estrategia de atención primaria”.

Un caso similar sucedió en Alzira, España, que al poco andar de la concesión se vio que el modelo generaba ciertas ineficiencias por la duplicación de ciertos servicios y la escasa coordinación entre la salud primaria (que permanecía en manos del Estado) y la concesión del hospital. Por lo tanto, se decidió renegociar el contrato para que el concesionario se hiciera cargo de todo el sistema de salud del departamento. Este es el mecanismo que han utilizado concesiones más recientes, como las de Lima en Perú.

#### Recuadro N°2: Asociación público-privada para la gestión de atención primaria en Chile

Desde 2004, existe una experiencia de colaboración público-privada a nivel de atención primaria en Chile, llamado Ancora UC. En dicho modelo, una fundación sin fines de lucro conformada por la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile (UC) y Christus Chile opera dos Centros de Salud Familiar (CESFAM) en Puente Alto y uno en La Pintana, pertenecientes a la red del Servicio de Salud Sur Oriente (SSSO)<sup>21</sup>.

Los terrenos municipales donde se instalaron los centros fueron entregados en comodato a Ancora que utilizó los recursos de una donación particular para la construcción y equipamiento de ellos. La operación se financia, en su totalidad, con el financiamiento per cápita de la población inscrita en cada centro, tal

20. Ver: <https://cnep.cl/wp-content/uploads/2022/06/Informe-final.pdf>

21. El proyecto original consideraba seis centros, pero por diversas razones se terminaron implementando solo los tres mencionados.

como se realiza en el resto de los centros de atención primaria del país. Esta asociación se regula en base a un convenio anual entre el SSSO y la UC<sup>22</sup>. El SSSO realiza la labor de autoridad sanitaria con las mismas exigencias que se le realizan a los demás CESFAM del país.

La principal diferencia con estos, en términos de gestión, es que el empleador del personal es la fundación por lo que se rigen por el Código del Trabajo. Además, existe un enfoque basado en la medicina familiar y lograr una atención primaria que sea más resolutive.

En cuanto a la calidad de esta asociación público-privada, Püschel et al. (2013) dan cuenta que la satisfacción de los usuarios de los centros Ancora fue superior al promedio del resto de los CESFAM del país. Asimismo, al ser más resolutivos, el estudio muestra que los centros Ancora ahorraron al sistema de salud más de 6 mil consultas de urgencia en 2010, logró evitar cerca de 2.500 derivaciones a especialistas y 30% menos de hospitalizaciones que sus pares gestionados por los municipios. Todos estos indicadores se tradujeron en un menor gasto per cápita para el sistema de salud en su conjunto de la población que atienden los centros Ancora, de acuerdo a los autores.

---

22. En virtud del DFL N°36 de 1980 del Ministerio de Salud.

## 7. CONCLUSIONES

Distintos estudios han dado cuenta del problema de productividad de la salud administrada por el Estado, por lo que deben explorarse otros caminos que permitan que los importantes recursos que el país destina a este sector sean utilizados de la manera más eficiente. En ese contexto, la posibilidad de establecer asociaciones público-privadas que permitan allegar *expertise* y *know how* de instituciones de salud privada a la gestión de hospitales públicos debe ser un camino a explorar.

La experiencia de países europeos y latinoamericanos en este ámbito muestra que sin ser una “bala de plata” el sistema de concesiones puede ayudar a mejorar el principal problema de la salud estatal en Chile: su deficiente gestión. Así, la evidencia recogida en esta investigación da luces de los potenciales beneficios de estas asociaciones: mayor eficiencia en el uso de los recursos, mejores

resultados sanitarios y pacientes más satisfechos. Es claro que ello no es automático, sino que se requiere de un buen diseño de los contratos de concesión, una correcta gestión de los mismos y una capacidad de fiscalización adecuada de parte del regulador estatal.

Dado que estos modelos toman tiempo en desarrollarse, Chile debiera pensar en desarrollar programas piloto con los nuevos hospitales que entren en operación en los próximos años, especialmente aquellos donde el Estado tiene dificultades para encontrar el personal necesario para operarlos, de modo de afinar cómo la participación de privados en la gestión clínica de hospitales del Estado podría convertirse en un aporte al sistema de salud.

Si bien la Ley de Bases de Administración del Estado<sup>23</sup> permite a los servicios públicos entregar la ad-

23. Ley N° 18.575.

ministración de establecimientos propios a entidades de derecho privado, ello requiere una autorización legal<sup>25</sup>. Dicha autorización está establecida en otro cuerpo legal<sup>26</sup> que autoriza que los servicios de salud puedan realizar convenios “con toda clase de personas naturales o jurídicas, a fin de que éstas tomen a su cargo por cuenta de aquellos Servicios, algunas de las acciones de salud que les corresponde ejecutar”. Es posible que para generar asociaciones público-pri-

vadas se deba actualizar y perfeccionar la legislación vigente de modo de facilitar que se desarrollen este tipo de asociaciones.

Tras evaluaciones que den cuenta de cuál fue el impacto de este tipo de contratos, debiera seguir avanzándose en combinar las ventajas de la gestión privada en el manejo de recintos de salud estatales, incluso a nivel de atención primaria.

---

24. Artículo 34.

25. Artículo 1° del DFL N° 36, de 1980, del Ministerio de Salud

## 8. REFERENCIAS

- Astorga, I., Alonso, P., Pinto, D. M., Freddi, J., & Corredera Silván, M. (2016). 10 años de Asociaciones Público-Privadas (APP) en salud en América Latina: ¿Qué hemos aprendido?: Nota 4 de la serie de notas técnicas sobre asociaciones público-privadas en el sector de la salud en América Latina. <https://doi.org/10.18235/0010113>
- Barlow, J., Roehrich, J., & Wright, S. (2013). Europe sees mixed results from public-private partnerships for building and managing health care facilities and services. *Health Affairs*, 32(1), 146–154. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2011.1223>
- Caballer-Tarazona, M., & Vivas-Consuelo, D. (2016). A cost and performance comparison of Public Private Partnership and public hospitals in Spain. *Health Economics Review*, 6. <https://doi.org/10.1186/s13561-016-0095-5>
- Campoy Domene, L. F. y Santacreu i Bonjoch, J. (2008), La colaboración público-privada en el marco del Sistema Nacional de Salud. El caso especial del modelo valenciano a propósito de la concesión de Denia. *Revista de Administración Sanitaria* 2008;6(2):297-321
- Carvalho, J. M. S., & Rodrigues, N. (2022). Perceived quality and users' satisfaction with public-private partnerships in health sector. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(13). <https://doi.org/10.3390/ijerph19138188>
- Comisión Económica de las Naciones Unidas para Europa (2008). Guidebook on promoting good governance in public-private partnerships. United Nations. <https://unece.org/sites/default/files/2022-01/ppp.pdf>
- Cruz, C. O., & Marques, R. C. (2013). Integrating Infrastructure and Clinical Management in ppss for

- Health Care. *Journal of Management in Engineering*, 29(4), 471–481. [https://doi.org/10.1061/\(asce\)me.1943-5479.0000166](https://doi.org/10.1061/(asce)me.1943-5479.0000166)
- Ferreira, D. C., & Marques, R. C. (2021). Public-private partnerships in health care services: Do they outperform public hospitals regarding quality and access? evidence from Portugal. *Socio-Economic Planning Sciences*, 73. <https://doi.org/10.1016/j.seps.2020.100798>
- Forgia, Gerard & Harding, April. (2009). Public-Private Partnerships And Public Hospital Performance In Sao Paulo, Brazil. *Health affairs* 28(4):1114-26.
- Herzlinger, R. E., Moloney, E., & Beyersdorfer, D. (2014). La Ribera Health Department (A) (Harvard Business School Case No. 315-006). Harvard Business School. (Revised March 2021).
- Jamali, D. (2004). Success and failure mechanisms of public private partnerships (PPPs) in developing countries: Insights from the Lebanese context. *The International Journal of Public Sector Management*, 17(4), 414-430. <https://doi.org/10.1108/09513550410546598>
- McKee, M., Edwards, N., & Atun, R. (2006). Public-private partnerships for hospitals. *World Health Organization. Bulletin of the World Health Organization*, 84(11), 890-6. <https://www.proquest.com/scholarly-journals/public-private-partnerships-hospitals/docview/229570438/se-2>
- Pereira, M. A., Ferreira, D. C., & Marques, R. C. (2020). A critical look at the Portuguese public-private partnerships in Healthcare. *The International Journal of Health Planning and Management*, 36(2), 302–315. <https://doi.org/10.1002/hpm.3084>
- Pérez-Romero, Carmen, Ortega-Díaz, M. Isabel, Ocaña-Riola, Ricardo, Martín-Martín, José Jesús (2019). Análisis multinivel de la eficiencia técnica de los hospitales del Sistema Nacional de Salud español por tipo de propiedad y gestión. *Gaceta Sanitaria*, Volume 33, Issue 4, July–August 2019, Pages 325-332.
- Püschel, K., Téllez, A., Montero, J., Brunner, A., Peñaloza, B., Rojas, M. P., Poblete, F. y Pantoja, T. (2013). Hacia un nuevo modelo de atención primaria en salud. *Evaluación del proyecto de salud familiar Ancora UC. Estudios Públicos*, 130 (otoño 2013), 23 – 52. <https://www.estudiospublicos.cl/index.php/cep/article/view/276/351>
- Rodrigues, N. J. P., & Carvalho, J. M. S. (2023). Public-private partnership in the Portuguese Health Sector. *Heliyon*, 9(8). <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e19122>
- Saint-Pierre, E., & Sugg H., D. (2023). Evaluación comparativa en costos y plazos de proyectos de inversión de infraestructura hospitalaria mediante asociación público-privada y obra pública tradicional: el caso de Chile. Suárez-Alemán, A., & Astorga, I. (Eds.).
- Torchia, M., Calabrò, A., & Morner, M. (2013). Public-Private Partnerships in the Health Care Sector: A systematic review of the literature. *Public Management Review*, 17(2), 236–261. <https://doi.org/10.1080/14719037.2013.792380>
- Tribunal de Contas. (2019). Auditoria de resultados à execução do contrato de gestão do Hospital de Vila Franca de Xira (Relatório No. 24/2019). Tribunal de Contas. <https://www.tcontas.pt/pt-pt/ProdutosTC/Relatorios/RelatoriosAuditoria/Documents/2019/rel024-2019-2s.pdf>
- Tynkkynen, L.-K., Keskimäki, I., & Lehto, J. (2013). Purchaser-provider splits in health care—the case of Finland. *Health Policy*, 111(3), 221–225. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.05.012>

Zhang, Z., Wan, D., Jia, M., & Gu, L. (2009). Prior Ties, Shared Values and Cooperation in Public–Private Partnerships. *Management and Organization Review*, 5(3), 353–374.

Zinelli, Humberto (2022). Gestión hospitalaria de un modelo de asociaciones público privadas y un modelo tradicional en dos hospitales del Callao. *Rev. Fac. Med. Hum.* 2022;22(2):280-286.