

CONCESIONES DE GESTIÓN EN SALUD: UNA ALTERNATIVA A LA DEFICIENTE GESTIÓN DE LOS HOSPITALES DEL ESTADO

- Chile presenta un problema de productividad en la salud estatal que ha sido largamente documentado.
- La incorporación de gestión privada en los prestadores del Estado a través de “concesiones de bata blanca” es una herramienta subutilizada en nuestro país, pero que ha demostrado buenos resultados en otros países.
- El próximo Gobierno debería fomentar este tipo de asociaciones, que ya están contempladas en la ley, de modo que la construcción y operación de nuevos recintos de salud se realice a través de este tipo de colaboración público-privada.

Chile ha acumulado una larga experiencia en asociaciones público-privadas aplicadas a infraestructura: carreteras, aeropuertos, hospitales, entre otras obras públicas, se han construido a través de concesiones que han permitido ampliar la capacidad física del país sin que el Fisco asuma el esfuerzo de inversión. Sin embargo, la extensión de esta lógica hacia la gestión ha sido mucho más tímida.

En el caso de la concesión de la gestión clínica —es decir, entregar a operadores privados la administración integral de servicios médicos y no médicos de hospitales y centros de atención primaria públicos, también denominada “concesión de bata blanca”— ha sido subutilizada en nuestro país como una herramienta para hacer frente a los desafíos y problemas que enfrenta la salud estatal.

GESTIÓN: LA PRINCIPAL CARENCIA DE LA SALUD ESTATAL¹

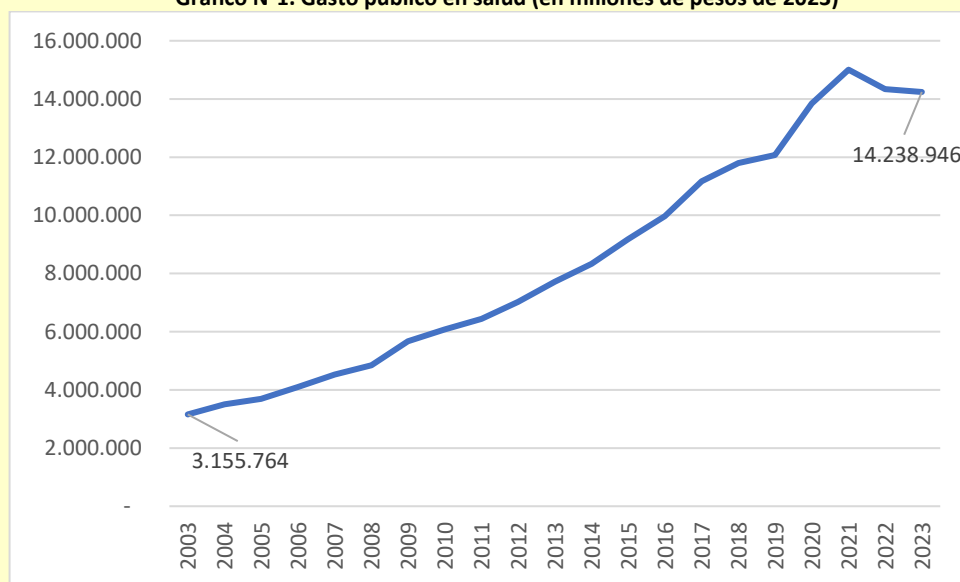
Este tipo de asociaciones combinan las capacidades del sector estatal (potestad regulatoria), con los recursos, habilidades de gestión y capacidad tecnológica del sector privado.

¹ Las siguientes secciones están basadas en: Eguiguren, P. “Concesiones de gestión clínica en Chile ¿Por qué no?” Serie de Informe Económica N°327, agosto 2025.

Ante el constante aumento del gasto público en salud, que no se ha traducido en una mayor productividad en los sistemas de gestión estatal, las “concesiones de bata blanca” asoman como una oportunidad para mejorar la eficiencia y eficacia de nuestro sistema de salud. Esto es especialmente relevante si se tiene en cuenta que en las últimas dos décadas el gasto público en salud se multiplicó por casi cinco veces (en pesos comparables), tal como lo muestra el Gráfico N°1.

RECURSOS AL SECTOR SALUD: CASI EL 25% DEL GASTO PÚBLICO

Gráfico N°1. Gasto público en salud (en millones de pesos de 2023)



Fuente: Elaboración propia en base a datos del MINSAL.

Este mayor gasto ha tenido un correlato con las nuevas políticas sanitarias, como es el GES, pero no se ha reflejado en mayor productividad de los hospitales del Estado. Estos son problemas de larga data. Rodríguez y Tokman (2000) identificaron una caída de la eficiencia del gasto público en personal del 45% entre los años 1992 y 1999². Los autores explican que esta caída se debió fundamentalmente a la fuerte alza de los salarios en el periodo mencionado, al ausentismo laboral, a la baja ejecución de horas que los médicos tenían contratadas y a la disminución de horas trabajadas, aunque 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 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) se relacionó a problemas con los equipos quirúrgicos

² Este estudio incluyó también al personal que se desempeñaba en la atención primaria de salud.

o las unidades de apoyo logístico y apoyo clínico³, que están vinculados al manejo de los recursos humanos de los hospitales del Estado.

Esta trayectoria creciente del gasto ha llevado a que en 2024 el sector salud concentre el 22% del total del gasto público⁴, y pese a ello, se continuaran acumulando personas que no fueron atendidas oportunamente: al segundo trimestre afectó a casi 2,7 millones de personas.

Las “concesiones de bata blanca” son, entonces, una alternativa que permite que el Estado mantenga la propiedad de los recintos asistenciales, y aprovechar la capacidad de gestión privada para mejorar la calidad de la atención al público.

EXPERIENCIAS EN EL MUNDO

Las concesiones de gestión clínica han demostrado ser un mecanismo efectivo para lograr una gestión más eficiente de los recursos, obtener mejores resultados médicos y una mayor satisfacción de los usuarios en varios de los países donde se han implementado. La evidencia de España, Portugal, Brasil y Perú muestra que la flexibilidad laboral del sector privado es un factor clave en la mejora de la eficiencia y la productividad del personal médico. Asimismo, la fiscalización y el buen diseño de los contratos por parte del Estado son esenciales para el éxito de este tipo de asociaciones.

- España: se implementaron concesiones de gestión clínica a finales de los años 90 en la comunidad de Valencia⁵. Actualmente, la comunidad de Madrid mantiene en operación varios hospitales concesionados.

En Valencia, inicialmente, la concesión fue por 10 años para un hospital. Tras cuatro años el modelo se extendió a más recintos y evolucionó a un sistema más integral en el que la concesión se hizo cargo de la atención primaria, secundaria y otros centros auxiliares de la región a cambio de un pago per cápita por la población atendida.

En la comunidad de Madrid, actualmente cuatro hospitales funcionan como “concesiones de bata blanca” para atención hospitalaria y ambulatoria. Se les remunera mediante un pago per cápita por la población residente definida en la

³ Fuente: OFICIO CP N°2169 / 2025, Subsecretaría de Redes Asistenciales.

⁴ Fuente: DIPRES, Estadísticas de Finanzas Públicas (2025).

⁵ 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.

concesión. Estos contratos incluyen la construcción, mantenimiento y operación de los recintos. La fiscalización recae en el Servicio Madrileño de Salud que realiza auditorías y entrega información pública para comparar el desempeño con los hospitales tradicionales.

En ambos casos se establecieron incentivos para mantener bien atendida a la población a cargo y al uso eficiente de la infraestructura concesionada a través de pagos variables por atención de pacientes externos a la población concesionada o pacientes que elegían atenderse en un hospital distinto al que les correspondía.

- Portugal: el sistema portugués utiliza un enfoque diferente al español, privilegiando contratos duales: un contrato más prolongado (típicamente 30 años) remunera la infraestructura hospitalaria, y otro más acotado (10 años de duración) se enfoca en los servicios médicos y asociados. Estos últimos buscan permitir que se reemplace a los proveedores de bajo rendimiento con mayor rapidez, fomentando la competencia y reduciendo las renegociaciones.

Los contratos son fiscalizados por comités permanentes de seguimiento para supervisar su cumplimiento. La supervisión operativa está a cargo del Ministerio de Salud, mientras que el Ministerio de Finanzas supervisa el cumplimiento financiero.

- Brasil: dado que los Estados tienen autonomía para organizar sus sistemas de salud, las asociaciones público-privadas en salud son diferentes en cada uno de ellos. En Sao Paulo, por ejemplo, se concesionó la operación de 16 nuevos hospitales a instituciones sin fines de lucro bajo un sistema de “bata blanca”, con pagos enfocados al logro de objetivos de productividad y de estándares de calidad. Para su fiscalización, se creó una unidad especial en el Ministerio de Salud de Sao Paulo para monitorear el cumplimiento de los contratos.

En el Estado de Bahía, por su parte, en 2012, bajo el mecanismo de pago por servicio realizado, comenzó a operar la concesión de un hospital por un periodo de 10 años. El mecanismo de pago responde a indicadores cuantitativos y de desempeño.

- Perú: en 2014 dos hospitales empezaron a operar bajo “concesiones de bata blanca” por un periodo de 30 años. Estas son concesiones integrales donde el operador se hace cargo de la atención de una población objetivo, desde la atención primaria hasta la atención domiciliaria y la hospitalización, recibiendo un pago per cápita por la población atendida.

POSITIVOS RESULTADOS SANITARIOS, DE EFICIENCIA Y SATISFACCIÓN DE USUARIOS

La evidencia recopilada a nivel internacional sugiere que las “concesiones de bata blanca” pueden aportar beneficios significativos en eficiencia, costos, resultados médicos y satisfacción.

Los hospitales concesionados en Valencia operaban con un presupuesto un 25% menor que el de recintos comparables gracias a la flexibilidad de gestión, al uso de herramientas informáticas y plataformas logísticas que redujeron los costos (Herzlinger et al. 2014). Analizando la eficiencia en el uso de los insumos de los hospitales concesionados y tradicionales⁶, Pérez-Romero et al. (2019) mostraron que los hospitales concesionados en España lograban una mayor eficiencia que los de gestión directa del Estado.

En el caso portugués, el modelo de concesión generó un ahorro de aproximadamente 465 millones de euros para el sector público (Rodrigues y Carvalho, 2023). El Hospital de Vila Franca ahorró al Estado alrededor de 30 millones de euros entre 2013 y 2017 (Tribunal de Contas, 2019). Dos de los cuatro hospitales portugueses que operaban vía concesión fueron calificados entre los más eficientes en un análisis de 2016⁷.

Forgia y Harding (2009) demostraron una mayor eficiencia de 12 hospitales concesionados en Sao Paulo comparados con 12 estatales similares, destacando la mayor eficiencia en el uso de médicos y enfermeras. En Bahía, el Hospital do Subúrbio tuvo un costo 10% menor por día cama ocupada en comparación con hospitales similares en el mismo Estado (Astorga et al. 2016).

En el caso de los resultados sanitarios y de calidad de atención, en Madrid, tres de los cuatro hospitales concesionados presentan un índice agregado de mortalidad ajustado por factores de paciente menor al estándar del Servicio Madrileño de Salud⁸. En Valencia, los hospitales concesionados superaron a los estatales en seis de siete variables de desempeño hospitalario, incluyendo menores tiempos de espera (Caballer-Tarazona y Vivas-Consuelo, 2016).

El Hospital do Subúrbio, en Bahía, Brasil, fue el primero en la región norte y nordeste de Brasil en obtener acreditación de calidad (Astorga et al. 2016). Por su parte, El Hospital de Cascais, Portugal, mostró un mejor desempeño en los 11 indicadores

⁶ Utilizando el método DEA.

⁷ “Estudo de avaliação das parcerias público-privadas na saúde”, Entidade Reguladora da Saúde (2016).

⁸ Ver <https://observatorioresultados.sanidadmadrid.org/HospitalesComparativa.aspx?ID=22>

analizados en comparación con un hospital similar de gestión pública (Rodrigues y Carvalho, 2023).

Finalmente, las tasas de satisfacción de usuarios son un resultado común de los hospitales que funcionan vía concesión. En Brasil, se encontró una tasa de satisfacción de 96% para hospitales concesionados, significativamente superior a la de los hospitales públicos tradicionales (Astorga et al. 2016). En Perú, una comparación de dos hospitales del Callao mostró que el concesionario alcanzó un nivel de satisfacción del 93,3% frente al 66,6% del de gestión estatal (Zinelli, 2022).

En el caso de Madrid, para el año 2023 (último dato disponible), entre los hospitales de baja complejidad, el concesionario es el que tiene 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 son⁹.

COMENTARIOS FINALES

Chile tiene escasas experiencias de involucramiento privado en la gestión de recintos de salud del Estado. Algunas excepciones son la Clínica Cordillera, que el municipio de Las Condes comenzó a operar con la empresa Interclínica en 2009, vía concesión. También hospitales en Pucón y Panguipulli funcionan de manera privada bajo convenios con sus respectivos servicios de salud. A nivel de atención primaria, la Fundación Ancora UC administra tres centros de salud familiar del Servicio de Salud Sur Oriente en las comunas de La Pintana y Puente Alto.

Dado los resultados de este tipo de asociaciones público-privadas en el mundo, Chile debería fomentar su uso. Si bien hoy nuestra legislación autoriza al sector (a nivel municipal y de servicios de salud 10) a utilizar este tipo de concesiones, se requiere más decisión para usar esta herramienta para enfrentar los desafíos de la salud pública. En ese sentido, no debiera descartarse que la construcción y operación de nuevos recintos asistenciales utilicen este tipo de asociaciones de modo de hacer más eficiente la labor de los recintos sanitarios de propiedad estatal.

Las concesiones permiten que el Estado se dedique a roles en los que es insustituible, como la dictación de la política pública y la fiscalización, delegando sus labores de

⁹ <https://observatorioresultados.sanidadmadrid.org/HospitalesComparativa.aspx?ID=49>

¹⁰ A través de la Ley de Bases de Administración del Estado y del DFL N° 36, de 1980, del Ministerio de Salud, respectivamente.

ejecución y, por ende, alejándose de su actual rol de juez y parte en la provisión y regulación del sector sanitario.

BIBLIOGRAFÍA

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>

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>

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).

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.

Rodríguez, J. y Tokman, M. (2000). Resultados y rendimiento del gasto en el sector público de salud en Chile 1990-1999. Unidad de Estudios Especiales Secretaría Ejecutiva, CEPAL.

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>

Sánchez, H. e Inostroza, M. (2024). El desafío de la Productividad Hospitalaria y la atención de pacientes en el Sistema de Salud Pública de Chile. Instituto de Salud Pública UNAB. Informe 5, Noviembre.

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>