

Gobernanza y Operación en Hospitales Concesionados: Oportunidades y conceptos claves para mejorar la gestión

Governance and Operation in Concessions Hospitals: Opportunities and Key Concepts for Improving Management

Cesar Oyarzo^a

^a Universidad Andrés Bello, Chile

Resumen: Este artículo analiza los principales desafíos que enfrentan los gestores públicos en la operación de concesiones hospitalarias, particularmente en el contexto chileno. Se identifican problemas que emergen de las decisiones tomadas en la fase de adjudicación, destacando su relación con el control de riesgo en los contratos. A través de una revisión bibliográfica, se examinan las causas de estos problemas y se proponen estrategias para mitigarlos. El estudio se centra en el modelo de concesiones conocido como "bata gris-verde", que abarca la concesión de infraestructura y su mantenimiento, incluyendo equipos médicos y sistemas de información. Las conclusiones subrayan la importancia de mejorar la claridad y flexibilidad de los contratos, fomentar capacitaciones y promover relaciones interculturales positivas para minimizar conflictos. Además, se enfatiza la necesidad de implementar sistemas de información robustos que garanticen la transparencia y el acceso a datos, para así mejorar la gestión hospitalaria.

Abstract: This article examines the main challenges faced by public managers in the operation of hospital concessions, particularly in the Chilean context. It identifies issues that arise from decisions made during the awarding phase, highlighting their connection to risk control in contracts. Through a limited bibliographic review, the underlying causes of these problems are explored, and strategies for mitigation are proposed. The study focuses on the concession model known as "green coat", which includes the concession of infrastructure and its maintenance, sometimes incorporating medical equipment and information systems. The conclusions emphasize the importance of enhancing the clarity and flexibility of contracts, promoting training, and fostering positive intercultural relationships to minimize conflicts. Additionally, it stresses the need to implement robust information systems that ensure transparency and data access, thereby improving hospital management.

Palabras clave: Gestión de salud; Concesiones hospitalarias en Chile; Alianzas público-privadas

Keywords: Health management; Hospital concessions in Chile; Public-private partnerships



1. Introducción

1.1. Contexto general de las concesiones hospitalarias

Durante las últimas dos décadas, el modelo de concesiones hospitalarias se consolidó en Chile como una estrategia de asociación público-privada (APP) para modernizar la infraestructura sanitaria y proveer servicios no clínicos. Organismos multilaterales como el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) presentaron este mecanismo como una forma efectiva de ampliar la capacidad del sistema público de salud sin requerir desembolsos fiscales inmediatos de gran magnitud (Alarcón Ramírez, 2024). El esquema sustenta la participación del capital privado para financiar, construir y operar hospitales, mientras el Estado conserva la responsabilidad de la atención clínica.

La introducción de este modelo respondió a una necesidad urgente de expandir la red hospitalaria chilena. Este crecimiento enfrentó la presión del crecimiento poblacional, el aumento de enfermedades crónicas y un déficit histórico de infraestructura. Según el Ministerio de Salud, hacia 2023 Chile operaba cuatro hospitales concesionados —El Carmen de Maipú, Dra. Eloísa Díaz de La Florida, Regional de Antofagasta y Félix Bulnes— y desarrollaba dieciséis más en distintas fases (Alarcón Ramírez, 2024). Estos proyectos implicaron inversiones superiores a los 4.500 millones de dólares.

Diversos estudios documentan beneficios de las APP hospitalarias, como la reducción de plazos de construcción, la incorporación de tecnología moderna y la estandarización de servicios de apoyo (World Bank, 2018; Mallat et al., 2021). No obstante, la literatura también advierte limitaciones estructurales. Alarcón Ramírez (2024) señala que, si bien el esquema difiere la inversión pública, puede comprometer a largo plazo el presupuesto estatal mediante contratos rígidos. Además, el desempeño de estos hospitales depende críticamente de la capacidad del sector público para regular y fiscalizar.

Cid et al. (2016) analizaron datos de desempeño hospitalario entre 2001 y 2010. Encontraron que la mortalidad intrahospitalaria fue significativamente más alta en hospitales públicos (3,5%) que en los privados sin fines de lucro (1,3%) y con fines de lucro (0,7%). Aunque su estudio no se enfocó exclusivamente en hospitales concesionados, sus resultados ilustran las disparidades de calidad que el sistema segmentado reproduce. Las APP deben enfrentar estas disparidades para cumplir su promesa de mejorar la equidad y los resultados.

1.2. El modelo “bata gris-verde”

Una particularidad del modelo chileno es la coexistencia de servicios públicos clínicos con servicios privados no clínicos, que la literatura describe mediante la metáfora de la “bata gris-verde”. El término, que popularizaron informes del Banco Mundial (2018) y que retomó Astorga et al. (2016) para el BID, alude a una división funcional. La bata verde representa la labor clínica del personal del Ministerio de Salud (MINSAL), mientras la bata gris simboliza la gestión administrativa y logística del concesionario privado. Este híbrido busca optimizar recursos, pero genera tensiones en la coordinación de objetivos y la delimitación de responsabilidades, especialmente durante crisis sanitarias.

El Hospital Félix Bulnes constituye un caso ilustrativo. Tras su inauguración en 2020, el centro enfrentó problemas de coordinación en los servicios de apoyo, lo que generó retrasos en la puesta en marcha de áreas críticas. La concesionaria presentó dificultades para cumplir los estándares operativos durante sus primeros meses, incluyendo situaciones como manifestaciones por parte del personal, aumentando la complejidad del funcionamiento del hospital y atención a pacientes (Ojeda y Araya, 2020). Esta situación evidencia que la coexistencia de dos lógicas institucionales no siempre produce eficiencia operativa.

La noción de “bata gris-verde” no solo constituye una metáfora conceptual, sino que refleja una realidad operativa cotidiana. La convivencia entre personal clínico y personal concesionario —con

diferentes culturas organizacionales, jerarquías y sistemas de incentivos— genera tensiones que impactan la eficiencia y la percepción de calidad.

Por ejemplo, en el Hospital El Carmen de Maipú, los usuarios reportaron demoras en la limpieza y en la reposición de insumos críticos. Estas demoras surgieron de discrepancias sobre quién debía asumir costos adicionales no contemplados en el contrato original. El personal clínico interpretaba estos retrasos como fallas de gestión, mientras la concesionaria los atribuía a limitaciones presupuestarias del diseño contractual. Este tipo de conflictos afecta directamente la continuidad asistencial.

De acuerdo con Mallat et al. (2021), en contextos de APP la percepción del paciente sobre la calidad de la atención depende no solo del desempeño clínico, sino también de la calidad de los servicios complementarios. Así, la falta de integración entre la “bata verde” y la “bata gris” repercuten en la confianza y satisfacción ciudadana.

1.3. Gobernanza y doble rectoría

La gobernanza en salud comprende los procesos y estructuras que coordinan la acción de múltiples actores hacia objetivos sanitarios comunes (Hufty, 2011). Kickbusch y Gleicher (2012) destacan que los sistemas sanitarios modernos requieren capacidades de coordinación intersectorial, mecanismos de rendición de cuentas y marcos regulatorios sólidos.

En Chile, la gobernanza de los hospitales concesionados se complejiza por la doble rectoría del Ministerio de Obras Públicas (MOP) y el MIN-SAL. El MOP administra el contrato y supervisa la infraestructura, mientras el MIN-SAL garantiza la calidad clínica. Esta distribución genera “zonas grises” de responsabilidad, lo que dificulta la respuesta ágil ante problemas operativos y debilita los mecanismos de control efectivo (Oliveira et al., 2021).

Un ejemplo concreto ocurrió en el Hospital Regional de Antofagasta. Conflictos entre la concesionaria y el equipo directivo del hospital derivaron en retrasos para habilitar pabellones

quirúrgicos, debido a discrepancias entre los estándares contractuales y los requerimientos clínicos (Contreras y Larraín, 2019). Estos episodios refuerzan la necesidad de mecanismos de gobernanza clínica robustos que articulen las lógicas institucionales del modelo “bata gris-verde”.

Una crítica recurrente al modelo chileno señala la rigidez de los contratos, lo que limita la adaptación a cambios en las necesidades sanitarias y el contexto tecnológico. Según De Neufville et al. (2008), los contratos de APP buscan minimizar riesgos, pero su excesiva estandarización y la falta de cláusulas adaptativas generan inflexibilidad frente a escenarios dinámicos. En Chile, esto se evidenció durante la pandemia de COVID-19, cuando varios hospitales concesionados tuvieron dificultades para reorganizar sus servicios de apoyo (Ministerio de Salud de Chile, 2021).

El Hospital El Carmen de Maipú ejemplifica estas limitaciones. Su infraestructura se diseñó para una demanda proyectada a diez años, pero el crecimiento acelerado de la población superó las previsiones iniciales. La ausencia de cláusulas contractuales para ampliar la cobertura impidió una respuesta adecuada, lo que saturó los servicios clínicos y administrativos en sus primeros cinco años de operación (Valdés Gutiérrez, 2020).

1.4. Control y fiscalización de los contratos

El control de los contratos de APP hospitalarios en Chile recae principalmente en el inspector fiscal del MOP. Esta concentración genera críticas sobre la insuficiente supervisión clínica. El Banco Mundial (2018) identificó como una debilidad central la dependencia de un único ente fiscalizador con capacidad limitada para monitorear el cumplimiento técnico, administrativo y clínico. Esta situación provoca retrasos en la detección de incumplimientos y dificultades para aplicar sanciones efectivas.

Rodrigues (2023) resalta que la eficacia de la fiscalización en las APP hospitalarias depende de equipos especializados multidisciplinarios. Estos equipos deben combinar conocimientos técnicos,

administrativos y sanitarios. En el caso chileno, la falta de equipos de monitoreo integrados reduce la capacidad del Estado para garantizar la calidad de los servicios concesionados.

Más allá de la estructura contractual, la gestión de estos hospitales enfrenta desafíos derivados de la interculturalidad organizacional entre gestores públicos y privados. Dobre (2013) demostró que en los hospitales públicos predomina una cultura pasiva-defensiva con toma de decisiones centralizada, mientras en los privados se observa una cultura constructiva orientada a resultados. Esta diferencia cultural —trasladada al modelo híbrido “bata gris-verde”— genera tensiones entre la gestión cotidiana.

Contreras y Larraín (2019) documentaron que en el Hospital Clínico de La Florida surgieron conflictos por diferencias en estilos de liderazgo y en la interpretación de procedimientos. Los gestores públicos priorizaban el cumplimiento normativo y la equidad, mientras los administradores privados ponían mayor énfasis en la eficiencia y el control de costos. Estos desencuentros impactaron la satisfacción de usuarios y la percepción del personal clínico.

Alexander (2022) propone la metáfora del “muro divisorio” para explicar cómo las diferencias en estrategia, cultura y poder generan barreras en la colaboración. Aplicado al contexto chileno, este muro se traduce en percepciones de “nosotros contra ellos” que dificultan la construcción de confianza mutua. Para reducir su espesor, la literatura recomienda mecanismos de diálogo institucionalizado, capacitaciones en competencias culturales y la participación de los profesionales de la salud en las decisiones operativas.

1.5. Comparaciones internacionales

La experiencia chilena comparte características con otros países que implementaron hospitales bajo APP, aunque también presenta particularidades. En España, el modelo Alzira de la Comunidad Valenciana —gestionado bajo un esquema de concesión integral— mostró mejoras iniciales en eficiencia, pero enfrentó fuertes críticas

por falta de transparencia y control público. Esta situación culminó con la reversión de la concesión a la gestión pública en 2018 (Comendeiro-Maaløe et al., 2019).

En Portugal, Rodrigues (2023) identificó que los hospitales APP produjeron resultados mixtos. Aunque lograron modernizar la infraestructura, la falta de flexibilidad contractual y las tensiones entre el Ministerio de Salud y las concesionarias limitaron su sostenibilidad. Estos hallazgos son comparables al contexto chileno, donde la doble rectoría y la rigidez contractual constituyen barreras centrales.

En América Latina, Oliveira et al. (2021) analizaron las relaciones público-privadas en el sistema de salud chileno y concluyeron que, aunque las APP contribuyeron a aumentar la capacidad instalada, persisten vacíos regulatorios y tensiones en el financiamiento y la provisión de servicios. En Brasil, experiencias similares demostraron que los contratos APP pueden mejorar la infraestructura, pero requieren mecanismos sólidos de gobernanza clínica para evitar la segmentación de la calidad y las desigualdades en el acceso (Mallat et al., 2021).

1.6. Relevancia del control de información y transparencia

La gestión de la información constituye otro aspecto crítico en la gobernanza de los hospitales concesionados. Viveros (2018) señaló que los sistemas de información chilenos muestran limitaciones de transparencia, lo que dificulta la fiscalización y la evaluación de desempeño. En varios hospitales, el acceso restringido a datos sobre indicadores de calidad y cumplimiento contractual genera desconfianza entre las partes y limita la corrección temprana de problemas.

La implementación de sistemas de información robustos y transparentes es una recomendación reiterada de organismos internacionales para mejorar la gobernanza en las APP (Abdullah y Khadaroo, 2020). En el contexto chileno, esta medida resulta fundamental para reducir las asimetrías informativas entre concesionarias, el

MOP y el MINSAL. La adecuada implementación de mecanismos de transparencia se convierte así en una condición indispensable para garantizar la legitimidad y sostenibilidad del modelo.

A partir de lo expuesto, resulta evidente que el modelo de hospitales concesionados en Chile enfrenta desafíos estructurales que trascienden la infraestructura física. Se trata de problemas de gobernanza compleja, derivados de la coexistencia de dos lógicas institucionales, la rigidez contractual, las tensiones interculturales y la falta de mecanismos efectivos de fiscalización.

Por ello, este artículo analiza en profundidad los principales desafíos de gobernanza y operación, focalizándose en cuatro dimensiones críticas:

1. Articulación entre lógicas administrativas y clínicas en el modelo “bata gris-verde”
2. Tensiones institucionales derivadas de la doble rectoría MOP-MINSAL
3. Limitaciones de los contratos rígidos y de los mecanismos de control
4. Influencia de la cultura organizacional y la interculturalidad en la gestión cotidiana

2. Metodología

Este estudio se basó en una revisión bibliográfica cualitativa para identificar los desafíos y mecanismos de gobernanza en hospitales concesionados, con especial énfasis en el contexto chileno. La estrategia metodológica consideró tres etapas: (i) búsqueda de literatura, (ii) selección de fuentes relevantes y (iii) análisis de contenido temático.

2.1. Búsqueda y criterios de inclusión

La búsqueda se realizó entre diciembre de 2023 y febrero de 2024 en tres bases de datos académicas indexadas —Scopus, Web of Science y PubMed— y en cuatro repositorios institucionales: el Banco Mundial, el BID, el MINSAL y el MOP. Utilizamos combinaciones de palabras clave en español e inglés, como “hospital governance”, “public-private partnerships”, “hospital conces-

sions”, “Chile health system”, “APP salud Chile”, “accountability in PPPs”, “interculturalidad en gestión hospitalaria” y “contratos hospitalarios APP”, que la **Tabla 1** organiza por tema.

Aplicamos cuatro filtros de inclusión: (i) estudios publicados entre 2010 y 2024; (ii) artículos revisados por pares o documentos técnicos de organismos multilaterales; (iii) pertinencia temática con al menos uno de los ejes de análisis —gobernanza, control, coordinación, cultura organizacional, contratos o sistemas de información—; y (iv) disponibilidad en español o inglés.

Tabla 1: Palabras clave utilizadas en la búsqueda virtual especificadas por tema

Tema	Palabras clave / Keywords
Genérico para todos los temas	PPP o alianzas público-privada
Hospitals PPP	Hospitals PPP
Experiencia chilena; concesiones hospitalarias Chile	Concesiones hospitalarias Chile
Gobernanza hospitalaria	Hospital Governance
Interculturalidad	Hospital Interculturality
Contratos	Hospital Contract Management
Sistemas de información	Health Information Systems
Hospital Control Management	Hospital Control Management

Fuente: Elaboración propia.

2.2. Selección y validación de fuentes

La revisión inicial, basada en la búsqueda de palabras clave relacionadas con el concepto de APP, arrojó un total de 16.858 artículos (**Tabla 2**). Tras aplicar los criterios de inclusión enumerados en el punto 2.1 y realizar un análisis para priorizar los estudios enfocados en los problemas y soluciones de la gestión, seleccionamos 30 artículos. El autor principal realizó la selección con la revisión paralela de dos asesoras externas, quienes verificaron

la pertinencia, la solidez metodológica y la relevancia analítica de cada fuente.

Tabla 2: Número de artículos encontrados en la búsqueda con palabras claves bajo el paraguas de APP

Palabras clave / Keywords	Nº artículos
Hospital Control Management	9,110
Hospital Governance	3,940
Hospital Interculturality	52
Hospital Contract Management	3,670
Health Information Systems	86
Total	16,858

Fuente: Elaboración propia.

2.3. Análisis de contenido

Utilizamos un enfoque cualitativo inductivo y organizamos la información en matrices temáticas según los principales factores críticos de gobernanza hospitalaria en contextos de APP: (i) estructura institucional, (ii) cultura organizacional, (iii) diseño contractual y (iv) sistemas de supervisión. A partir de esta codificación, elaboramos una síntesis narrativa que identifica patrones comunes, tensiones estructurales y propuestas de mejora.

3. Resultados

3.1. Gobernanza de hospitales concesionados

La literatura reciente coincide en que la gobernanza de los hospitales concesionados en Chile enfrenta tres grandes desafíos: la fragmentación institucional de la doble rectoría MOP-MINSAL, la limitada capacidad de fiscalización y la ausencia de mecanismos eficaces de coordinación clínica. Estos problemas generan retrasos en la puesta en marcha de servicios, dificultades para mantener estándares de calidad y tensiones entre actores con mandatos distintos (Oliveira et al., 2021; Contreras y Larraín, 2019).

Uno de los principales efectos de la doble rectoría es la falta de agilidad en la toma de decisiones. Estudios comparativos muestran que, en contextos híbridos, los retrasos en la resolución de conflictos entre organismos públicos y concesionarias disminuyen la eficiencia y la satisfacción de los usuarios (Rodrigues, 2023). En Chile, casos como el del Hospital Regional de Antofagasta evidencian cómo las discrepancias entre las exigencias contractuales del MOP y los requerimientos clínicos del MINSAL afectan la operatividad diaria y la confianza entre las partes (Contreras y Larraín, 2019).

La debilidad de los mecanismos de fiscalización constituye otro desafío documentado. La dependencia de un único inspector fiscal limita el alcance y la profundidad de la supervisión, lo que genera vacíos en el control de la calidad asistencial y en la aplicación de sanciones (World Bank, 2018). La experiencia portuguesa sugiere que los equipos multidisciplinarios de fiscalización—integrados por especialistas técnicos, clínicos y administrativos—mejoran la rendición de cuentas y la calidad de los servicios (Rodrigues, 2023).

La literatura propone diversas medidas para fortalecer esta gobernanza. Hufty, 2011 plantea la necesidad de marcos que integren múltiples niveles de autoridad y fomenten la participación de actores clave. En línea con esto, Kickbusch y Gleicher (2012) recomiendan crear instancias permanentes de coordinación intersectorial que articulen las lógicas clínica y administrativa. En Chile, esto podría traducirse en comités de gobernanza hospitalaria con representantes del MOP, MINSAL, la concesionaria y el personal clínico, dotados de atribuciones vinculantes para resolver discrepancias operativas.

Además, se recomienda reforzar la transparencia en la gestión mediante sistemas de información compartidos que integren indicadores clínicos y administrativos en tiempo real (Viveros, 2018). La experiencia internacional muestra que el acceso oportuno a datos confiables no solo mejora la fiscalización, sino que también favorece la confianza entre los actores y permite identi-

ficar problemas antes de que escalen (Abdullah y Khadaroo, 2020).

En síntesis, la gobernanza de los hospitales concesionados en Chile requiere transitar de un esquema centrado en la administración contractual hacia un modelo de gobernanza clínica integrada. Este cambio debe incorporar mecanismos efectivos de coordinación interinstitucional, fiscalización multidisciplinaria y sistemas de información transparentes. Estas reformas permitirían reducir las tensiones de la doble rectoría y fortalecer la legitimidad y sostenibilidad del modelo concesional a largo plazo.

3.2. Problemas interculturales en la gestión públicoprivada

La literatura académica señala que las alianzas público-privadas en salud enfrentan conflictos culturales derivados de los distintos estilos organizacionales de cada sector. Dobre (2013) muestra que en los hospitales públicos predominan culturas burocráticas, defensivas y centralizadas, mientras que en el sector privado impera una lógica constructiva y orientada a la eficiencia. Esta disparidad cultural se acentúa en el modelo “bata gris-verde” chileno, donde los gestores públicos y privados deben colaborar a pesar de sus diferentes valores, prioridades y estilos comunicacionales.

Contreras y Larraín (2019) documentan tensiones recurrentes en el Hospital Clínico La Florida. Los directivos públicos priorizaban los protocolos oficiales y la equidad de acceso, mientras que los administradores privados se enfocaban en el cumplimiento de indicadores de eficiencia y la contención de costos. Estas diferencias generaron conflictos latentes sobre las responsabilidades administrativas y obstaculizaron los procesos operativos, lo que afectó la percepción de calidad del servicio por parte del personal clínico.

La metáfora del “muro divisorio” que propone Alexander (2022) explica cómo la combinación de diferencias estratégicas, de poder y culturales entre el personal del Estado y las concesionarias fomenta una división entre nosotros versus ellos”. Esta barrera cultural relacional dificulta la

comunicación, genera desconfianza y obstaculiza las iniciativas conjuntas para resolver desafíos operativos. La literatura destaca que superar este muro requiere fomentar un diálogo institucionalizado, capacitar en competencia intercultural y promover actividades que integren equipos mixtos de trabajo.

La falta de mecanismos formales de resolución de conflictos se agrava por la ausencia de espacios deliberativos entre los equipos clínicos y los administrativos concesionados. Joudyian et al. (2021) encontraron en experiencias internacionales que establecer sesiones periódicas de consenso, talleres colaborativos y entrenamiento conjunto facilita reducir los malentendidos y mejora la coordinación operativa en hospitales APP. Replicar estas prácticas en el contexto chileno podría favorecer la construcción de confianza y la alineación de objetivos institucionales.

Además, la literatura en gestión de APP destaca que los contratos poco sensibles a las diferencias culturales y organizacionales tienden a incumplirse o a generar resistencias. Un análisis sistemático reciente identifica que los riesgos culturales en las APP incluyen la malinterpretación de responsabilidades, la percepción de inequidad y la rotación de personal clave (Rybniček, 2020). Para mitigar estos riesgos, se sugiere incorporar cláusulas de gobernanza relacional, revisar periódicamente los mecanismos comunicacionales y evaluar de forma participativa el clima institucional.

De esta manera, los problemas interculturales en la gestión de los hospitales concesionados en Chile implican diferencias profundas entre culturas organizacionales, falta de espacios institucionalizados para el diálogo y ausencia de cláusulas contractuales que integren dimensiones culturales. Las propuestas de mejora incluyen el desarrollo de programas de entrenamiento conjunto, el establecimiento de comités interculturales y mecanismos adaptativos de resolución de conflictos que promuevan la confianza y la colaboración efectiva.

3.3. Rigidez contractual y adaptabilidad operativa

La literatura sobre alianzas público-privadas (APP) en salud identifica la rigidez contractual como uno de los principales obstáculos para la gestión eficiente de los hospitales concesionados. En Chile, esta rigidez limita la adaptación de la infraestructura y los servicios a cambios en la demanda sanitaria, a los avances tecnológicos y a crises inesperadas como la pandemia de COVID-19 (Ministerio de Salud de Chile, 2021).

Un efecto crítico de esta rigidez es la falta de flexibilidad frente a contingencias. De Neufville et al. (2008) señalan que los contratos demasiado estandarizados limitan la capacidad de respuesta a escenarios imprevistos, lo que genera ineficiencias y mayores costos sociales. Complementariamente, McGuire et al. (2024) argumentan que, en contextos hospitalarios, los contratos de APP deben permitir ajustes durante su ejecución e incluir asignación presupuestaria para inversiones adaptativas. En hospitales chilenos como El Carmen de Maipú y Félix Bulnes, la presión asistencial superó las proyecciones iniciales sin que existieran cláusulas para ampliar servicios o ajustar recursos oportunamente (Valdés Gutiérrez, 2020).

La experiencia internacional respalda este diagnóstico. Klijn y Koppenjan (2016) encontraron que las características contractuales excesivamente rígidas reducen la efectividad de las APP y generan conflictos entre los socios. Rodrigues (2023), al analizar el sector salud en Portugal, concluye que la ausencia de mecanismos adaptativos en los contratos fue un factor clave de insatisfacción en varios proyectos hospitalarios.

En Chile, la rigidez contractual también ha limitado la innovación. Ferreira y Pacheco (2020) advierten que los contratos enfocados exclusivamente en el cumplimiento de métricas predeterminadas desincentivan la adopción de tecnologías y prácticas que podrían mejorar la calidad asistencial. La evidencia comparativa sugiere que los contratos de APP deben incluir cláusulas de flexibilidad, revisiones periódicas y mecanismos de

renegociación para adaptarse a contextos cambiantes (Dewulf y Garvin, 2020).

Las propuestas de mejora apuntan a contratos dinámicos que combinen seguridad jurídica con adaptabilidad operativa. Esto incluye:

1. Incorporar cláusulas de revisión periódica vinculadas a cambios en la demanda, innovaciones tecnológicas y contingencias sanitarias (Dewulf y Garvin, 2020).
2. Establecer incentivos para la innovación y la eficiencia, de modo que las concesionarias tengan estímulos para mejorar procesos sin temor a penalizaciones contractuales (Klijn y Koppenjan, 2016).
3. Crear comités de adaptación contractual con participación del MINSAL, del MOP, de las concesionarias y de representantes clínicos para proponer ajustes frente a escenarios emergentes.
4. Fortalecer la transparencia y la rendición de cuentas mediante indicadores dinámicos que reflejen tanto el desempeño clínico como la eficiencia administrativa (Abdullah y Khadaroo, 2020).

Superar la rigidez contractual es esencial para que los hospitales concesionados en Chile evolucionen de un esquema centrado en el control de riesgos hacia un modelo flexible, innovador y orientado a las necesidades de los pacientes. Sin este cambio, el modelo de APP corre el riesgo de reproducir inequidades y limitar su sostenibilidad a largo plazo.

3.4. Dificultades de control de contratos y sistemas de información

La supervisión de los contratos de APP en hospitales concesionados depende críticamente de la calidad de los sistemas de información. Cuando estos sistemas presentan un diseño deficiente o carecen de integración, se convierten en una limitante para el control efectivo y la rendición de cuentas (Basabih et al., 2022). En Chile, se ha documentado que los sistemas concesionados fre-

cuentemente no se conectan con las plataformas públicas del MINSAL ni del MOP, lo que genera información fragmentada que impide una supervisión integral del modelo (World Bank, 2018).

En el modelo chileno, la fiscalización recae principalmente en un inspector del MOP, sin la participación directa de especialistas clínico-administrativos. La falta de visibilidad integrada de datos clínicos y administrativos ha impedido la identificación temprana de incumplimientos, como demoras en esterilización, falencias en tiempos de espera o fallas en protocolos de seguridad (Rybniček, 2020). Estudios recientes sobre APP en atención primaria hallaron barreras similares: la fragmentación informativa bloquea la detección proactiva de errores operativos y obstaculiza el control de calidad (Dove et al., 2025).

Reich (2018) propone un modelo simplificado de gobernanza para las APP en salud basado en tres pilares: transparencia, rendición de cuentas y participación comunitaria. Sin embargo, en los hospitales concesionados chilenos, la información clave sobre indicadores contractuales —como tiempos de limpieza, cumplimiento de KPIs o sanciones aplicadas— no es sistemáticamente pública. Esta opacidad limita el escrutinio ciudadano y reduce la presión para corregir desviaciones operativas.

A medida que se incorporan sistemas digitales para manejar registros clínicos o logísticos, aumentan los riesgos asociados a la seguridad de datos y la privacidad del paciente. Sari et al. (2022) identificaron múltiples brechas en la seguridad de los sistemas de información hospitalarios, incluyendo falta de cifrado adecuado, accesos inseguros y escasa gobernanza de datos. Investigaciones recientes advierten que los marcos éticos inadecuados en la gestión de datos dentro de las APP de salud pueden contribuir a usos indebidos o a la exclusión de grupos vulnerables (Bak et al., 2025).

Para fortalecer el control a través de los sistemas de información, se identifican cuatro líneas de acción prioritarias:

1. Gobernanza de datos integrada: Implementar un marco que defina roles claros de acceso, propiedad de datos y responsabilidad en la toma de decisiones, incluyendo la interoperabilidad entre sistemas concesionales y plataformas públicas.
2. Paneles de control públicos: Crear plataformas que muestren indicadores clave de desempeño clínico y eficiencia operativa en tiempo real, accesibles públicamente y auditables externamente.
3. Fiscalización técnica multidisciplinaria: Formar comités compuestos por auditores financieros, expertos en salud pública y especialistas en tecnología médica para revisar la integridad del sistema y detectar riesgos emergentes.
4. Regulación ética y protección de datos: Incluir cláusulas contractuales que obliguen a las concesionarias a cumplir estándares internacionales de privacidad y seguridad de la información.

El modelo chileno debe avanzar hacia una gobernanza clínica integrada, donde los sistemas de información no solo soporten funciones administrativas, sino que también faciliten auditorías clínicas y el seguimiento de eventos adversos. La implementación de estas mejoras permitiría la detección temprana de incumplimientos contractuales, reduciría la opacidad institucional, aumentaría la resiliencia frente a crisis sanitarias y construiría confianza entre el personal clínico, la concesionaria y las entidades públicas.

4. Conclusiones

El análisis evidencia que el modelo de concesiones hospitalarias en Chile, si bien aportó infraestructura moderna y mayor capacidad instalada, enfrenta desafíos estructurales que amenazan su sostenibilidad y legitimidad. La coexistencia de lógicas administrativas y clínicas bajo el esquema “bata gris-verde”, la rigidez contractual, las tensiones interculturales y la débil integración de los sistemas de información configuran un esce-

nario de gobernanza frágil. Esta fragilidad limita el cumplimiento de los objetivos de equidad, eficiencia y calidad.

Estas limitaciones no deben interpretarse como un fracaso del modelo, sino como una oportunidad para fortalecerlo a partir de las lecciones aprendidas. La evidencia internacional demuestra que las APP en salud pueden generar valor público cuando se sustentan en marcos de gobernanza adaptativos, transparencia contractual y una fiscalización multidisciplinaria sólida (Dewulf y Garvin, 2020; Rodrigues, 2023). Para avanzar en esta dirección, Chile debe superar la dependencia de contratos rígidos y promover una gobernanza clínica integrada que articule efectivamente al MINSAL, al MOP, a las concesionarias y al personal de salud.

Un cambio sustantivo debe orientarse a la flexibilización contractual mediante cláusulas de revisión periódica, mecanismos de renegociación ante emergencias sanitarias y sistemas de incentivos que premien la innovación y la eficiencia (Klijn y Koppenjan, 2016). La creación de comités de gobernanza hospitalaria intersectoriales con atribuciones vinculantes permitiría reducir las “zonas grises” de responsabilidad y favorecer la toma de decisiones oportunas.

La modernización de los sistemas de información constituye otro pilar estratégico. Es necesario asegurar su interoperabilidad con las plataformas del MINSAL, garantizar la transparencia en la publicación de indicadores y cumplir estrictamente con los estándares de ética y protección de datos (Reich, 2018; Bak et al., 2025). Estas medidas mejorarán la rendición de cuentas, fortalecen la confianza ciudadana y facilitan la supervisión basada en evidencia.

Resulta indispensable abordar los problemas interculturales entre los gestores públicos y privados. La literatura muestra que los programas de capacitación conjunta, los mecanismos formales de resolución de conflictos y los espacios de diálogo institucionalizado reducen la desconfianza y mejoran la coordinación operativa (Alexander, 2022; Joudyian et al., 2021). Avanzar hacia una cultura organizacional híbrida y colaborativa puede

transformar las tensiones actuales en sinergias productivas.

El futuro de los hospitales concesionados en Chile dependerá de la capacidad para innovar en gobernanza: pasar de un enfoque mejoranramente contractual a uno orientado a la adaptabilidad, la transparencia y la colaboración efectiva. Los desafíos identificados constituyen una invitación a repensar el modelo de APP en salud bajo principios de resiliencia institucional y justicia sanitaria. Este artículo propone así un camino para consolidar un sistema de concesiones hospitalarias que no solo provea infraestructura, sino que contribuya activamente a garantizar el derecho a la salud con equidad, calidad y legitimidad social.

Agradecimientos

Agradezco a mis asesoras Msc. Carolina Oyarzo Miranda y Dra. (c) Florentina Piña Espinosa por la edición, traducción y aportes en la metodología y la redacción de este artículo.

Referencias

Abdullah, A. y Khadaroo, I. (2020). The trustcontrol nexus in publicprivate partnership (PPP) contracts. *Journal of Accounting and Public Policy*, 39 (2):106768.

Alarcón Ramírez, D. A. (2024). *Comparación del desempeño de proyectos de infraestructura hospitalaria pública y concesionada en Chile*. Memoria de título, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.

Alexander, J. D. (2022). Publicprivate partnerships, boundary spanners and the boundary wall in the English National Health Service. *Journal of Health Organization and Management*, 38(5):662–681.

Astorga, I., Alonso, P., Pinto, D. M., Freddi, J. y Corredera Silván, M. (2016). *10 años de Asociaciones Público-Privadas (APP) en salud en América Latina ¿Qué hemos aprendido?* Serie de notas técnicas sobre asociaciones público-privadas en el sector de la salud en América Latina.

Bak, M. A., Horbach, D., Buyx, A. y McLennan, S. (2025). A scoping review of ethical aspects of publicprivate partnerships in digital health. *NPJ Digital Medicine*. DOI: 10.1038/s41746-025-01515-3.

Basabih, M., Prasojo, E. y Rahayu, A. Y. S. (2022). Hospital services under public-private partnerships, outcomes and challenges: A literature review. *Journal of Public Health Research*, 11(3):1–11. DOI: [10.4081/jphr.2022.2262](https://doi.org/10.4081/jphr.2022.2262).

Cid, C., Herrera, C. A. y Prieto, L. (2016). Desempeño hospitalario en un sistema de salud segmentado y desigual: Chile 2001-2010. *Salud Pública de México*, 58(5):553–560.

Comendeiro-Maaløe, M., Ridao-López, M., Gorgemans, S. y Bernal-Delgado, E. (2019). Public-private partnerships in the Spanish National Health System: The reversion of the Alzira model. *Health Policy*, 123(4):408–411. DOI: [10.1016/j.healthpol.2019.01.012](https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.01.012).

Contreras, D. y Larraín, J. (2019). Gestión y desafíos en la implementación de hospitales concesionados en Chile: una mirada al proceso. *Salud y Gestión*, 12(1):45–63.

De Neufville, R., Lee, Y. S. y Scholtes, S. (2008). Using flexibility to improve value-for-money in hospital infrastructure investments. En *Proceedings of the First International Conference on Infrastructure Systems and Services*, pp. 1–6.

Dewulf, G. y Garvin, M. J. (2020). Responsive governance in PPP projects to manage uncertainty. *Construction Management and Economics*, 38(4): 383–397. DOI: [10.1080/01446193.2019.1618478](https://doi.org/10.1080/01446193.2019.1618478).

Dobre, O. I. (2013). A study on the cultural differences between public and private hospitals in Bucharest. *Annals of Faculty of Economics, University of Oradea*, 1(1):1469–1478.

Dove, G., Craig, A., Harris-Roxas, B. y Kelly-Hanku, A. (2025). Governance of Public-Private Partnerships for Primary Healthcare in Low- and Lower-Middle-Income Countries, 2000-2023: A Systematic Review. *International Journal of Health Policy and Management*, 14(1):1–8. DOI: [10.34172/ijhpm.8442](https://doi.org/10.34172/ijhpm.8442).

Ferreira, A. y Pacheco, M. (2020). Estrategias para la mejora de la calidad en los hospitales concesionados. *Revista de investigación y políticas de servicios de salud*, 25(3):112–120.

Hufty, M. (2011). Investigating policy processes: The governance analytical framework (GAF). En Wiesmann, U. y Hurni, H. (eds.), *Research for Sustainable Development: Foundations, Experiences, and Perspectives*. pp. 403–424. Geographica Bernensia.

Joudyian, N., Doshmangir, L., Mahdavi, M., Tabrizi, J. S. y Gordeev, V. S. (2021). Public-private partnerships in primary health care: a scoping review. *BMC Health Services Research*, 21:170. DOI: [10.1186/s12913-020-05979-9](https://doi.org/10.1186/s12913-020-05979-9).

Kickbusch, I. y Gleicher, D. (2012). *Governance for Health in the 21st Century*. World Health Organization Regional Office for Europe. En línea: [enlace](#).

Klijn, E. H. y Koppenjan, J. (2016). The impact of contract characteristics on the performance of publicprivate partnerships (ppps). *Public Money & Management*, 36(6):455–462. DOI: [10.1080/09540962.2016.1206756](https://doi.org/10.1080/09540962.2016.1206756).

Mallat, A., Vrontis, D. y Thrassou, A. (2021). Patient satisfaction in the context of publicprivate partnerships. *International Journal of Organizational Analysis*, 29(6):1395–1422. DOI: [10.1108/IJOA-03-2020-2066](https://doi.org/10.1108/IJOA-03-2020-2066).

McGuire, C. M. y others (2024). Learning from the End of the Public-Private Partnership for Integrated Healthcare PPPs. *Annals of Global Health*. DOI: [10.5334/aogh.4377](https://doi.org/10.5334/aogh.4377).

Ministerio de Salud de Chile (2021). *Informe sobre el funcionamiento de hospitales concesionados en el sistema de salud chileno*. Ministerio de Salud.

Ojeda, N. y Araya, P. (2020). Las tempranas deficiencias del nuevo hospital Félix Bulnes. En línea: [enlace](#).

Oliveira, S. C. D., Machado, C. V., Hein, A. R. A. y Almeida, P. F. D. (2021). Publicprivate relations in Chile's health system: Regulation, funding and service delivery. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26:4529–4540. DOI: [10.1590/1413-812320212610.09892021](https://doi.org/10.1590/1413-812320212610.09892021).

Reich, M. R. (2018). The core roles of transparency and accountability in the governance of global health PPPs. *Global Public Health*, 13(3):306–316. DOI: [10.1080/23288604.2018.1465880](https://doi.org/10.1080/23288604.2018.1465880).

Rodrigues, N. J. P. (2023). PPP in the Portuguese Health Sector: Contractual compliance assessment. En *Procedia Computer Science*, volume 219, pp. 2093–2102. DOI: [10.1016/j.procs.2023.01.512](https://doi.org/10.1016/j.procs.2023.01.512).

Rybnicek, R. (2020). Risks in PublicPrivate Partnerships: A Systematic Literature Review. *Public Works Management & Policy*, 25(4):295–320. DOI: [10.1080/15309576.2020.1741406](https://doi.org/10.1080/15309576.2020.1741406).

Sari, P. K., Handayani, P. W., Hidayanto, A. N., Yazid, S. y Aji, R. F. (2022). Information Security Behavior in Health Information Systems: A Review of Research Trends and Antecedent Factors. *Healthcare*, 10(12): 2531. DOI: [10.3390/healthcare10122531](https://doi.org/10.3390/healthcare10122531).

Valdés Gutiérrez, N. M. (2020). *Estudio y análisis del proceso de planificación, desarrollo y operación de concesiones hospitalarias en Chile y en el extranjero*. Tesis de pregrado, Universidad de Chile.

Viveros, D. (2018). Análisis de incentivos en el sistema de salud pública: El caso de los hospitales concesionados en Chile. *Revista de Política Sanitaria*, 10 (1):23–39.

World Bank (2018). *Chile Análisis del Sistema de Concesiones Hospitalarias en Chile Sugerencias para su Optimización*. Number AUS0000610. World Bank Group.