

Gestión sanitaria pública. Diseño de contratos entre Administraciones Públicas y Organizaciones Sanitarias Privadas en España.

Ricard Meneu

Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud

Rosa Urbanos-Garrido

Universidad Complutense de Madrid

Vicente Ortún

Universitat Pompeu Fabra

1. La reciente reforma de la contratación pública

El marco vigente para la contratación de las Administraciones Públicas con el sector privado sanitario ha experimentado importantes cambios con la reciente Ley de Contratos del Sector Público de 2017 (LCSP). Aunque las complejidades jurídicas aconsejan remitir a la literatura especializada (Domínguez Martín, 2019), parece inexcusable empezar apuntando algunos de los grandes rasgos de la nueva situación. La LCSP suprime el contrato de gestión de servicios, sustituyéndolo por la concesión de servicios y el contrato de servicios a los ciudadanos, siendo el criterio de demarcación entre ambas fórmulas la transferencia o no al contratista del riesgo operacional (Tabla 1).

Tabla 1. Tipos de contratos del Sector Público.

	SE TRANSFIERE EL RIESGO OPERACIONAL	NO SE TRANSFIERE EL RIESGO
ES UN SERVICIO PÚBLICO	Contrato de concesión de servicio público. (Artículos 15, 284 y 285)	Contrato de servicios que conlleva prestaciones directas a favor de la ciudadanía (Arts. 17 y 312)
NO ES UN SERVICIO PÚBLICO	Contrato de concesión de servicios (Artículos 15, 285 y ss.)	Contrato de servicios (Arts. 17 y 308 y 313)
		Contrato de servicios que conlleva prestaciones directas que no son servicios públicos (Art. 312)

Fuente: modificado de García Rosa (2018).

Se entiende que el concesionario asume un riesgo operacional cuando no esté garantizado que, en condiciones normales de funcionamiento, el mismo vaya a recuperar las inversiones

realizadas ni a cubrir los costes en que hubiera incurrido como consecuencia de la explotación de las obras que sean objeto de la concesión. Los riesgos transferidos al concesionario deben suponer una exposición real a las incertidumbres del mercado, que impliquen que cualquier pérdida potencial estimada en que incurra el concesionario no es meramente nominal o desdeñable.

A estas modalidades hay que añadir los “contratos de prestaciones personales de carácter sanitario”, que pueden eludir las reglas de la concurrencia de un contrato de servicios al llevarse a cabo a través de fórmulas no contractuales: reserva y acción concertada. En ese sentido ya se ha promulgado normativa autonómica (Ley 7/2017, de 30 de marzo, de la Generalitat Valenciana) que prevé como modalidades de gestión de las prestaciones sanitarias, además de la gestión directa o con medios propios, y de la gestión indirecta con arreglo a alguna de las fórmulas establecidas en la normativa sobre contratos del sector público, la correspondiente a acuerdos de acción concertada con entidades públicas o con entidades privadas sin ánimo de lucro no vinculadas o creadas ad hoc por otra empresa o grupo de empresas con ánimo de lucro, entendiendo estos acuerdos como “instrumentos organizativos de naturaleza no contractual”.

Así, el nuevo marco relacional entre las administraciones sanitarias y los operadores privados, aunque modifica algunas de las fórmulas disponibles, no altera los equilibrios básicos previos. Dada la extensión de apriorismos contrarios a estas relaciones que, con independencia de su legitimidad, se afirman sobre datos y hechos inexactos, conviene resaltar que la LCSP explicita que “los poderes públicos siguen teniendo libertad para prestar por sí mismos determinadas categorías de servicios, en concreto los servicios que se conocen como servicios a las personas”. También las directivas transpuestas afirman que “ninguna disposición obliga a los Estados miembros a subcontratar o a externalizar la prestación de servicios que deseen prestar ellos mismos o a organizarlos de otra manera que no sea mediante contratos públicos” (Directiva 2014/24/UE).

Sin embargo, no se puede esperar que la LCSP 2017 atienda a cuestiones propias de ámbitos distintos, como las relaciones laborales, pero que a efectos contractuales tienen una enorme importancia a medio y largo plazo en un sector como el sanitario, intensivo en trabajo de elevada cualificación y especificidad. Así, para los 10 años máximos de duración previstos para las concesiones de servicios sanitarios (Tabla 2), el primer adjudicatario debe hacer el reclutamiento del conjunto de profesionales que los prestarán, pero que también lo seguirán haciendo durante el resto de su vida profesional por subrogación sucesiva -privada o pública-, si no deciden voluntariamente cambiar de empleo.

Tabla 2. Duración de los contratos de concesión.

TIPO DE CONCESIÓN	DURACIÓN MÁXIMA (INCLUYENDO PRÓRROGAS)	ESPECIFICACIONES
Concesión de obras y concesión de servicios (Art. 29.6-a)	40 años máximo	Los de concesión de servicios solo si comprenden la ejecución de obras y la explotación de servicio
Concesión de servicios no relacionados con la prestación de servicios sanitarios (Art. 29.6-b)	25 años máximo	Explotación de un servicio no relacionado con la prestación de servicios sanitarios
Concesión de servicios de prestación de servicios sanitarios (Art. 29.6-c)	10 años máximo	Comprenden la explotación de un servicio cuyo objeto consista en la prestación de servicios sanitarios siempre que no estén comprendidos en 29.6-a

Fuente: elaboración propia a partir de la Ley 9/2017, de Contratos del Sector Público.

En definitiva, esta armonización normativa debería traducirse en importantes márgenes para gestionar más adecuadamente en función de las características de los servicios y los acuerdos que se pretendan establecer. Pero esta panoplia ampliada hace que las opciones que se adopten deban depender tanto del limitado conocimiento disponible sobre ventajas y riesgos de las distintas formas de relación, como de las percepciones y sentimientos respecto a aquellas y estos, así como de la disponibilidad o resistencia a propiciar diferentes mecanismos de captura. En este sentido resultarán críticas las competencias, capacidades y disposiciones de las instancias técnicas implicadas en el diseño, cuantificación, calificación y supervisión de estos acuerdos, dada la importante discrecionalidad que se concentra en sus decisiones, muy superior a las responsabilidades objetivas que enfrentan. A la vista de las ejecutorias previamente mostradas – contratos de concesión cortipegados, idénticos a lo largo de una década, ausencia de previsiones de penalización creíbles fiando los riesgos de incumplimientos parciales a una inverosímil rescisión, sospechosos descuidos u omisiones sistemáticas, etc. – la mínima cautela exigible pasaría por una abrumadora transparencia en todo el proceso contractual, que permita detectar, señalar y enmendar a tiempo orientaciones inadecuadas, diseños a medida, vaguedades o inespecificaciones punibles, entre otras carencias y querencias difícilmente aceptables.

Dicho lo cual, parece oportuno destacar que en algunas estipulaciones de la nueva normativa cabe interpretar esperanzadores inicios de inversión de la carga de la prueba justificativa de una determinada elección, o al menos de la revisión de alguna previa. Concretamente, en el articulado de la LCSP relacionado con la nueva regulación del rescate para su gestión directa por la Administración, este se admite por razones de interés público incluso pese a la buena gestión de su titular. No obstante, el rescate de la concesión requerirá además la acreditación

de que la gestión directa es más eficaz y eficiente que la concesional (Art. 279). Aunque pueda ser motivo de escándalo para algunos, consideramos que la exigencia –generalizada– de una justificación razonable y con base empírica, no meramente apriorística, de una superioridad en eficacia y eficiencia de la alternativa planteada será siempre preferible a cualquier asunción prejuzgada.

2. La experiencia de la colaboración público-privada en la sanidad española: ¿qué sabemos?

La ausencia de una verdadera cultura evaluadora en la Administración española impide contar con evidencia abundante y rigurosa sobre cómo han funcionado hasta el momento las distintas fórmulas de gestión sanitaria, ya sean integralmente públicas o de colaboración público-privada (incluimos en este último grupo desde los tradicionales conciertos hasta los complejos contratos de las concesiones administrativas, que prestan asistencia sanitaria integral en determinadas áreas de salud). En lo concerniente a la colaboración en el ámbito de la atención primaria, los pocos estudios disponibles que evalúan las Entidades de Base Asociativa (EBAs), una experiencia de ámbito exclusivamente catalán formada por cooperativas de profesionales con las que el Servei Català de la Salut concierta la asistencia a cambio de una cápita, muestran resultados positivos tanto desde la perspectiva del ahorro en costes como en lo concerniente a a indicadores de calidad y satisfacción (Ledesma, 2012). Sin embargo, en lo que respecta a la atención especializada no existe evidencia concluyente que incline la balanza de manera sistemática hacia las entidades privadas.

Los habituales ejercicios de medición de la eficiencia de las organizaciones sanitarias indican que más que el modelo (público o privado), lo que importa es la forma concreta en que se gestiona cada centro (Alonso et al., 2015; Peiró, 2017). Un trabajo reciente (Pérez-Romero *et al.*, 2019) sugiere que un marco flexible de regulación y gestión del hospital tiende a asociarse a una mayor eficiencia. No obstante, es necesario destacar la orientación excesivamente productivista de la mayor parte de estos estudios. Los pocos trabajos que incorporan indicadores de resultado final y de calidad indican que no hay diferencias significativas en términos de adecuación, seguridad, eficiencia y efectividad clínica (Serra et al., 2017; Comendeiro-Maaløe et al., 2019a). Un puñado de informes, en cambio, alertan de los problemas asociados a los contratos de colaboración de alta complejidad, como los que caracterizan a las fórmulas de contratación más novedosas (concesiones administrativas de obra y servicio). Entre ellos se encuentran las limitaciones a la competencia efectiva que han supuesto en la práctica estos contratos (CNC, 2013), la ausencia de objetivos de calidad explícitos o la deficiente supervisión de los distintos aspectos (financieros y clínicos) de la relación contractual (Síndic de Comptes, 2017 y 2018). Asimismo, cabe mencionar los riesgos de quiebra en la integralidad de la prestación sanitaria o la pérdida de conocimiento clínico que puede derivarse de algunos procesos de externalización (Meneu y Urbanos, 2018).

La evidencia europea tampoco permite sustentar la tesis de que los centros gestionados privadamente sean sistemáticamente superiores a los públicos. El trabajo de revisión de Tynkkynen *et al.* (2018) indica que, en términos generales, los hospitales públicos suelen mostrar mejor desempeño que los proveedores privados sin ánimo de lucro y éstos, a su vez, algo mejor que los proveedores privados lucrativos. Por su parte, Kruse et al. (2017) coinciden en señalar que los hospitales públicos en un buen número de países europeos son al menos tan eficientes (si no más) que los centros privados, y concluyen que el crecimiento experimentado por la provisión privada en hospitales no se relaciona con mejoras en el desempeño.

Ciertamente, el crecimiento de las fórmulas de colaboración con el sector privado se ha fundamentado más en la promesa de potenciales mejoras de la eficiencia en la gestión que en una realidad contrastada. Ese prejuicio, combinado con la posibilidad que los contratos de concesión ofrecían a los gobiernos de acometer importantes inversiones sorteando (al menos en un primer momento) los límites de deuda pública, contribuyen a explicar el recurso a esas fórmulas en las dos últimas décadas. A este respecto, el propio Tribunal de Cuentas Europeo (TCE) recomienda de cara al futuro que las decisiones de contratación con el sector privado se basen en “análisis comparativos sólidos” que permitan seleccionar la mejor opción (Tribunal de Cuentas Europeo, 2018).

No obstante, y por más que se reivindicque la toma de decisiones públicas “basada en la evidencia”, todo proceso de elección colectiva se ve influido por la interacción entre votantes y políticos. La presión popular ha condicionado de forma importante lo que ha ocurrido en España con algunos contratos de concesión en los últimos años. Así, la intención de la Comunidad Autónoma de Madrid de aprobar nuevos concursos para ceder la gestión al sector privado de 6 hospitales y 27 centros de salud (Plan de Garantías de Sostenibilidad del Sistema Sanitario Público 2012), fue frenada como consecuencia de las movilizaciones de la “Marea Blanca”, un movimiento contra los recortes sanitarios y la “privatización” en el que se implicaron una parte importante de los profesionales sanitarios. Finalmente, y tras la paralización cautelar del proceso de externalización de la gestión por parte del Tribunal Superior de Justicia de Madrid, el gobierno de la CAM desistió de sus intenciones, lo que provocó la dimisión del entonces Consejero de Sanidad de la Comunidad en 2014. En el caso de la Comunidad Valenciana, la reversión de las concesiones fue una de las medidas estrella en la campaña electoral de los partidos de izquierda en 2015, que de momento ha dado como resultado la no renovación del contrato de Alzira tras su finalización en 2018¹.

Cabe concluir que las decisiones, de uno u otro signo, sobre las relaciones entre sector público y privado, han sido más fruto de la ideología que de un debate sosegado que permitiera analizar de forma objetiva las virtudes y riesgos de los distintos modelos de gestión. Los partidarios de conceder al sector privado un papel más protagonista ignoraron el hecho de que en algunas ocasiones los obligados a vigilar por el interés general priorizaron, en cambio, la defensa de intereses particulares, y pervirtieron asimismo las propias reglas del juego del mercado: la asunción de riesgos como requisito para la obtención de un beneficio económico (Gimeno-Feliu et al., 2018). Por su parte, los partidarios de mantener la gestión en un entorno puramente público agitaron el fantasma de la privatización, contribuyendo así a la deslegitimación social de la colaboración público-privada (CPP).

No debe olvidarse que la responsabilidad que los ciudadanos atribuimos al Sector Público en lo que respecta a algunos servicios es extraordinariamente elevada. Los españoles estamos entre los europeos que más importancia otorgan a la labor del Estado en la garantía de un nivel de vida digno, particularmente cuando se trata de proveer cobertura sanitaria universal. De acuerdo con la Encuesta de Valores 2019 de la Fundación BBVA, el 87% de los entrevistados cree que el Estado tiene mucha responsabilidad en asegurar la cobertura sanitaria, frente al 70% de media que alcanza en los países vecinos (Italia, Francia, Alemania y Reino Unido).

¹ Un análisis del proceso de reversión de la concesión de Alzira puede encontrarse en Comendeiro-Maaløe et al., 2019b.

De acuerdo con la misma encuesta, la percepción de la corrupción (en una escala de 0 a 10) también es más alta en España (8,4) que en otros países de nuestro entorno (6,7). Esta percepción se justifica, además, por el declive experimentado por nuestros indicadores de transparencia y buen gobierno a raíz de la Gran Recesión. Es importante recordar que el contexto institucional juega un papel crucial en el funcionamiento de las distintas fórmulas de colaboración público-privadas, de manera que en entornos caracterizados por una fuerte captura regulatoria, los riesgos asociados a estas fórmulas pueden fácilmente superar a sus ventajas. Como recuerdan Gimeno-Feliu et al. (2018), el éxito de cualquier iniciativa de colaboración público-privada viene determinado por tres elementos transversales: la seguridad jurídica, la transparencia y la responsabilidad. Los déficits registrados en estos elementos explican en buena parte los problemas que se han producido en las CPP, y están detrás de los escándalos más recientes en la relación entre sector público y privado en el ámbito sanitario (como el de la empresa Fresenius en España y otros países, o la caída del gigante Carillion en el Reino Unido²).

Esto implica que cualquier propuesta normativa relacionada con las fórmulas de contratación entre las administraciones públicas y las organizaciones sanitarias privadas tendrá que atender al contexto institucional vigente, y/o recomendar reformas institucionales que favorezcan las sinergias entre ambos sectores.

3. ¿Cómo mejorar la colaboración entre sector público y privado?

En un mundo cada vez más globalizado en servicios (75% del PIB europeo) como los sanitarios y sociales, ¿qué se puede hacer para que España no se vea abocada a una ‘desamortización’ no solo sanitario-social, sino también de universidades públicas?

Nos basamos en lo escrito tanto más arriba como en trabajos previos en un escenario de esclerosis progresiva de la gestión pública: “Se necesita de una (más que mejor) muy buena gestión pública para que funcionen tanto las formas más intensas de colaboración público-privada como las opciones más conservadoras o regresivas de republicar y reestatutarizar, en un retorno al pasado poco justificable para la sociedad del siglo XXI” (Meneu y Urbanos, 2018). Algo sabemos sobre cómo mejorar la calidad de la política y el diseño de nuestras instituciones (Hernández, 2018) gracias, en parte, a la benéfica influencia de la Unión Europea para, por ejemplo, propiciar la evaluación o ayudar en el parto de entes como la Autoridad Independiente de Responsabilidad Fiscal (AIReF), en funcionamiento desde 2013, o la Oficina de Supervisión de la Contratación Pública, creada por la Ley 9/2017 y pendiente de dotar, que será clave para el diseño que da título a este artículo.

² Fresenius es una empresa líder a escala mundial de servicios de diálisis, sancionada por sobornar a médicos de la sanidad pública para que derivasen pacientes hacia sus centros, además de por desarrollar otras prácticas corruptas para obtener información privilegiada o influir en la redacción de las especificaciones técnicas de los concursos públicos (Securities and Exchange Commission, 2019). Por su parte, Carillion era uno de los principales contratistas en las concesiones de obra del Reino Unido, con una amplísima presencia en el sector sanitario. Su quiebra, junto con las estimaciones del coste que los contratos vigentes de colaboración público-privada supondrán en los próximos años al gobierno británico (casi 200 mil millones de libras hasta 2040, según la National Audit Office), forzaron al entonces Ministro de Finanzas del Reino Unido a anunciar que no se lanzarán nuevos contratos de concesión.

Los beneficios económicos obtenidos de la prestación privada de servicios públicos pueden resultar socialmente convenientes si premian la eficiencia, la innovación y compensan el riesgo, pero serán socialmente perjudiciales si se obtienen sobre la base de restringir la competencia, el aprovechamiento de contactos y la captura regulatoria (la riqueza crea poder, el poder crea riqueza) (García-Altés y Ortún, 2018).

Como se ha comentado en el primer epígrafe de este artículo, la acción concertada en los ámbitos sociales, sanitarios y educativos constituye un nuevo instrumento de relación con la Administración Pública de tipo no contractual, con financiación, acceso y control públicos. El artículo 11.6 de la Ley 9/2017 de Contratos del Sector Público dice: “Queda excluida de la presente Ley la prestación de servicios sociales por entidades privadas, siempre que esta se realice sin necesidad de celebrar contratos públicos, a través, entre otros medios, de la simple financiación de estos servicios o la concesión de licencias o autorizaciones a todas las entidades que cumplan las condiciones previamente fijadas por el poder adjudicador, sin límites ni cuotas, y que dicho sistema garantice una publicidad suficiente y se ajuste a los principios de transparencia y no discriminación”. La disposición adicional 49ª habilita a las CC.AA. para que legislen articulando instrumentos no contractuales. Muchas ya lo han hecho y no necesariamente reservando esta “acción concertada social” a las entidades sin ánimo de lucro. Se trata pues de una solución ad hoc adaptada al statu quo, adecuada para servicios sin economías de escala ni competencia entre ellos.

Sabemos, no obstante, que el grado de competencia constituye un factor exógeno que afecta a la calidad de la gestión. Y aunque el sector sanitario está más “a prueba de Amazon” que otros sectores, hay que ir introduciendo la idea de que los recursos que una organización sanitaria reciba dependerán, de entrada en una mínima parte, de la calidad que ofrezca en relación con sus comparables. Habrá que ir más allá del statu quo especialmente en los servicios sanitarios más alejados de la “artesanía local” susceptible de acción concertada. Aquellos que conocen las economías de escala, gama y aprendizaje, que necesitan innovar en un mundo en el que las técnicas de edición genética, las interfaces neuronales o la inteligencia artificial hace tiempo que son realidades difíciles de ignorar, han de acompañar el cambio organizativo en un contexto regulatorio que facilite la contratación pública competitiva entre Administración y sector privado.

La dicotomía entre contrato de servicios, con transferencia de riesgos, y contrato de servicios, sin ella, ha de superarse con una visión a medio y largo plazo que aprenda de experiencias como la de Holanda. Transferir riesgos como allí se ha hecho no requirió únicamente la eliminación de los incentivos a la selección de los mismos por parte de las aseguradoras mediante pagos capitativos ajustados por riesgo. Hizo falta también una transferencia gradual en el tiempo, desde casi nada al inicio a una importante transferencia de riesgo veinte años después. Es importante destacar que tanto el aprendizaje –sobre cómo ajustar por riesgo– como la perseverancia y previsibilidad en las políticas resultan esenciales en la relación entre las Administraciones Públicas y el sector privado.

La dicotomía antes citada, con y sin transferencia de riesgo, afecta igualmente a otro tipo de colaboraciones público-privadas, particularmente a las que suponen inversión en infraestructuras. Con riesgo total o parcialmente público la inversión cuenta como gasto público. Sería más lógico, como propone Andreu Mas-Colell (2018), dar sentido económico a

las normas contables europeas y graduar la parte de la inversión que se considera pública en función del grado de riesgo asumido, algo que siempre se ha hecho en el sector financiero.

El marco legal para la contratación con el sector privado ofrece menús suficientes, y afortunadamente homogéneos dentro de la UE, con antecedentes sanitarios que no descartan un buen uso de ese marco (Meneu y Urbanos, 2018). Pesa mucho, no obstante, la incompetente manera de contratar infraestructuras, con gran impacto en la opinión pública: sirvan como ejemplos las radiales de Madrid, el túnel de Perthus y el depósito de gas Castor. En los tres casos, los beneficios conseguidos en la construcción compensaron sobradamente las pérdidas del escaso capital privado aportado por las concesionarias. Las pérdidas públicas han sido, en cambio, formidables (Bel et al., 2019).

Por ello, insistimos en señalar que existe un importante margen de mejora en el diseño de los pliegos, las condiciones especificadas en los contratos y el seguimiento y la supervisión que se hace de los mismos, que debería aprovecharse para fomentar la competencia, la calidad del servicio que se contrata y, en definitiva, la eficiencia en el uso de los recursos públicos.

Pero más allá de la competencia entre los actores privados que contratan con la Administración, es urgente estimular la competencia por comparación, en lo que concierne a la gestión de los servicios financiados colectivamente, entre dichos actores y los entes públicos, y también, y con particular interés, dentro de estos últimos. La competencia por comparación entre entes del sector público crea tanto cultura cívica (que estimula la rendición de cuentas) como datos y algoritmos que pueden ayudar a reducir mucho la asimetría informativa (lo que favorecería la entrada en el mercado de servicios públicos de otros agentes, con o sin ánimo de lucro).

Los entes del sector público en los que cabe la competencia por comparación pueden recibir el estímulo de la Comisión Nacional de Mercados y Competencia (CNMC) y de la Airef sobre la base de tres pilares de evolución muy reciente:

1. La creciente demanda social de transparencia, condición necesaria para el logro de la democracia y la eficiencia. El compromiso con la satisfacción de esta demanda debería ser, además, lo suficientemente fuerte como para no renunciar a él dando crédito a los imaginativos pretextos de quienes defienden sus intereses oponiéndose a ella con cartelizado tesón.
2. La muy aumentada posibilidad técnica de proporcionar datos muy ricos, desglosados por centros, de utilización, satisfacción, resultados, etc., posibilidad esta inexistente hace 10-20 años. En la época del dato como input fundamental, no se puede dar la espalda a todas las aplicaciones de inteligencia artificial que están viniendo y que pueden servir, no solo para diagnosticar una degeneración macular mejor de lo que puede hacerlo un oftalmólogo, sino también para comparar centros sanitarios (o docentes) mejor que cualquier análisis clásico de frontera.
3. Un marco normativo de contratación nuevo, adaptable y vigilado por la UE, autoridades como la CNMC, y la ciudadanía responsable, interesada tanto en una buena regulación como en el mejor funcionamiento del sector público.

En definitiva, nada nuevo: a la competencia por la transparencia (con una inédita riqueza de datos, y un marco legal moderno y sensato). Eso sí, empezando por dar algo de ejemplo que

permita muscular, sin fiarlo todo al proteccionismo permanente, en una sociedad donde cada vez más solo habrá una forma de hacer las cosas: como quien mejor las haga.

Bibliografía

Alonso JM, Clifton J, Díaz-Fuentes D. (2015). "The impact of New Public Management on efficiency: An analysis of Madrid's hospitals", *Health Policy*, 123, 333-340.

Bel G, Bel-Piñana P, Rosell J. (2017). "Myopic PPPs: Risk allocation and hidden liabilities for taxpayers and users", *Utilities Policy*, 48, 147-156.

Comendeiro-Maaløe M, Ridaio-López M, Gorgemans S, Bernal-Delgado E. (2019a). "A comparative performance analysis of a renowned public private partnership for health care provision in Spain between 2003 and 2015", *Health Policy*, 123, 412-418.

Comendeiro-Maaløe M, Ridaio-López M, Gorgemans S, Bernal-Delgado E. (2019b). "Public-private partnerships in the Spanish National Health System: The reversion of the Alzira model", *Health Policy* 123, 408-411.

Comisión Nacional de la Competencia (2013). *Informe sobre la aplicación de la guía de contratación y competencia a los procesos de licitación para la provisión de la sanidad pública en España*. Madrid.

Directiva 2014/24/UE del Parlamento Europeo y del Consejo de 26 de febrero de 2014 sobre contratación pública y por la que se deroga la Directiva 2004/18/CE, <https://www.boe.es/doue/2014/094/L00065-00242.pdf>

Domínguez Martín, M. (2019). "Los contratos de prestación de servicios a las personas. Repensando las formas de gestión de los servicios sanitarios públicos tras las directivas de contratos de 2014 y la ley 9/2017 de contratos del sector público", *Revista General de Derecho Administrativo*, 50.

Fundación BBVA (2019). *Estudio Internacional de Valores Fundación BBVA Primera parte: Valores y actitudes en Europa acerca de la esfera pública*, https://www.fbbva.es/wp-content/uploads/2019/09/Presentacion_Estudio_Valores_2019.pdf

García Rosa, M. (2018). "El nuevo contrato de concesión de servicios: claves para su fiscalización", *Auditoría Pública*, 71, 91-100.

García-Altés A, Ortún V. (2018). "Reformas pendientes en la organización de la actividad sanitaria". *Cuadernos Económicos de ICE*, 96, 57-81.

Gimeno-Feliu, JM et al. (2018). *La gobernanza de los contratos públicos en la colaboración público-privada*. Cambra Oficial de Comerç, Indústria, Serveis i Navegació de Barcelona, https://www.esade.edu/itemsweb/idgp/Libro%20Gobernanza_Contratos_Publicos_Colaboracion_Publico_Privada.pdf

Hernández, I. (2018). "Diseño institucional y buen gobierno: avances y reformas pendientes", *Cuadernos Económicos de ICE*, 96, 145-164.

Kruse FM, Stadhouders NW, Adang EM, Groenewoud S, Jeurissen PPT. (2018). "Do private hospitals outperform public hospitals regarding efficiency, accessibility, and quality of care in the European Union? A literature review", *International Journal of Health Planning and Management*, 33, e434-e453.

Ledesma, A. (2012). "Autogestión o autonomía de gestión?", en: Informe SESPAS 2012, *Gaceta Sanitaria*, 26, 57-62.

Ley 7/2017, de 30 de marzo, de la Generalitat, sobre acción concertada para la prestación de servicios a las personas en el ámbito sanitario, https://www.dogv.gva.es/datos/2017/04/06/pdf/2017_2915.pdf.

Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público, por la que se transponen al ordenamiento jurídico español las Directivas del Parlamento Europeo y del Consejo 2014/23/UE y 2014/24/UE, de 26 de febrero de 2014, <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2017-12902&tn=2&p=20190209>

Mas-Colell A. (2018). "Les regles comptables europees i l'inversió pública". *Diari ARA*, 24 de noviembre.

Meneu R, Urbanos R. (2018). "La colaboración público-privada en sanidad: hasta dónde y cómo delimitar sus fronteras", *Cuadernos Económicos de ICE*, 96, 35-55.

National Audit Office (2018). *PFI and PF2. Report by the Comptroller and Auditor General*.

Peiró V. (2017). "Aspectos de política sanitaria", en López-Casasnovas G y del Llano JE (eds). *Colaboración público-privada en sanidad: el modelo Alzira*, 94-103. Fundación Gaspar Casal. Madrid.

Pérez-Romero C, Ortega-Díaz MI, Ocaña-Rioja R, Martín-Martín JJ. (2019). "Análisis multinivel de la eficiencia técnica de los hospitales del Sistema Nacional de Salud español por tipo de propiedad y gestión", *Gaceta Sanitaria*, 33, 325-332.

Securities and Exchange Commission (2019). *Release No. 4033 / March 29, 2019*.

Serra M, Manganelli AG, López-Casasnovas G. (2017). "La aproximación empírica. La Ribera, Torreveja y Vinalopó", en López-Casasnovas G y del Llano JE (eds). *Colaboración público-privada en sanidad: el modelo Alzira*, 132-231. Fundación Gaspar Casal. Madrid.

Sindicatura de Comptes (2017). *Auditoría operativa de la concesión de la asistencia sanitaria integral en el Departamento de Salud de Manises. Ejercicios 2009-2015*. Valencia.

Sindicatura de Comptes (2018). *Auditoría operativa de la concesión de la asistencia sanitaria integral en el Departamento de Salud de Torreveja, Ejercicios 2003-2016*. Valencia.

Tribunal de Cuentas Europeo (2018). *Asociaciones público-privadas en la UE: Deficiencias generalizadas y beneficios limitados*, Informe Especial Nº 9, <https://www.eca.europa.eu/es/Pages/DocItem.aspx?did=45153>.

Tynnkkynen LK, Vrangbæk K. (2018). "Comparing public and private providers: a scoping review of hospital services in Europe", *BMC Health Services Research*, 18(1):141.

Agradecimiento

Los autores agradecen la financiación del Ministerio de Economía, Industria y Competitividad (Proyecto ECO2017-83771-C3-2-R, Encaje Público-Privado en Sanidad), del Programa Estatal de I+D+i orientada a los retos de la sociedad.