

# GESTIÓ SANITÀRIA PÚBLICA. DISSENY DE CONTRACTES ENTRE ADMINISTRACIONS PÚBLIQUES I ORGANITZACIONS SANITÀRIES PRIVADES A ESPANYA<sup>1</sup>

**Ricard Meneu**

Fundación Instituto de Investigación  
en Servicios de Salud

**Rosa Urbanos-Garrido**

Universidad Complutense de Madrid

**Vicente Ortún**

Universitat Pompeu Fabra

## **La recent reforma de la contractació pública**

El marc vigent per a la contractació de les administracions públiques amb el sector privat sanitari ha experimentat importants canvis amb la recent Llei de contractes del sector públic de 2017 (LCSP). Tot i que les complexitats jurídiques aconsellen remetre a la literatura especialitzada (Domínguez

Martín, 2019), sembla inexcusable començar apuntant alguns dels grans trets de la nova situació. La LCSP suprimeix el contracte de gestió de serveis i el substitueix per la concessió de serveis i el contracte de serveis a les persones, en què el criteri de demarcació entre ambdues fórmules és la transferència o no al contractista del risc operacional (taula 1).

S'entén que el concessionari assumeix un risc operacional quan no estigui garantit que, en condicions normals de funcionament, recuperi les inversions realitzades ni cobreixi els costos en què hagi incorregut com a conseqüència de l'exploració de les obres que siguin objecte de la concessió. Els riscos transferits al concessionari han de suposar una exposició real a les incerteses del mercat, que impliquin que qualsevol pèrdua potencial estimada en què incorri el concessionari no és merament nominal o exigua.

A aquestes modalitats cal afegir els "contractes de prestacions personals de caràcter sanitari", que poden eludir les regles de la concurrència d'un contracte de serveis en dur-se a terme a través de fórmules no contractuals: reserva i acció concertada. En aquest sentit ja s'ha promulgat normativa au-

---

<sup>1</sup> Els autors agraeixen el finançament del Ministeri d'Economia, Indústria i Competitivitat (Projecte ECO2017-83771-C3-2-R, Encaje Público-Privado en Sanidad), del Programa Estatal d'R+D+I orientat als reptes de la societat.

**Taula 1. Tipus de contractes del sector públic**

	Es transfereix el risc operacional	No es transfereix el risc
És un servei públic	Contracte de concessió de servei públic (articles 15, 284 i 285)	Contracte de serveis que comporta prestacions directes a favor de la ciutadania (articles 17 i 312)
No és un servei públic	Contracte de concessió de serveis (articles 15, 285 i seg.)	Contracte de serveis (articles 17 i 308 i 313) Contracte de serveis que comporta prestacions directes que no són serveis públics (article 312)

Font: modificat de García Rosa (2018).

tonòmica (Llei 7/2017, de 30 de març, de la Generalitat Valenciana) que preveu com a modalitats de gestió de les prestacions sanitàries, a més de la gestió directa o amb mitjans propis, i de la gestió indirecta d'acord amb alguna de les fórmules establertes en la normativa sobre contractes del sector públic, la corresponent a acords d'acció concertada amb entitats públiques o amb entitats privades sense ànim de lucre no vinculades o creades *ad hoc* per una altra empresa o grup d'empreses amb ànim de lucre, entenent aquests acords com a "instruments organitzatius de naturalesa no contractual".

Així, el nou marc relacional entre les administracions sanitàries i els operadors privats, tot i que modifica algunes de les fórmules disponibles, no altera els equilibris bàsics previs. Atesa l'extensió d'apriorismes contraris a aquestes relacions que, amb independència de la seva legitimitat, s'afirmen sobre dades i fets inexactes, convé ressaltar que la LCSP explica que "els poders públics continuen tenint llibertat per prestar per si mateixos determinades categories de serveis, en concret, els serveis que es coneixen com 'serveis a les persones'". També les directives traslladades afirmen que

"cap disposició no obliga els estats membres a subcontractar o a externalitzar la prestació de serveis que desitgin prestar ells mateixos o a organitzar-los d'una altra manera que no sigui mitjançant contractes públics" (Directiva 2014/24/UE).

Amb tot, no es pot esperar que la LCSP 2017 atengui qüestions pròpies d'àmbits diferents, com ara les relacions laborals, que tanmateix a efectes contractuals tenen una enorme importància a mitjà i llarg termini en un sector com és el sanitari, intensiu en treball d'elevada qualificació i especificitat. Així, per als 10 anys de durada màxima previstos per a les concessions de serveis sanitaris (taula 2), el primer adjudicatari ha de reclutar el conjunt de professionals que els dispensaran, i que també ho continuaran fent durant la resta de la seva vida professional per subrogació successiva —privada o pública—, si no decideixen voluntàriament canviar d'ocupació.

En definitiva, aquesta harmonització normativa s'hauria de traduir en importants marges per gestionar més adequadament en funció de les característiques dels serveis i els acords que es pretenguin establir. Però aquesta panòpia am-

**Taula 2. Durada dels contractes de concessió.**

Tipus de concessió	Durada màxima (incloent pròrrogues)	Especificacions
Concessió d'obres i concessió de serveis (article 29.6-a)	40 anys màxim	Els de concessió de serveis només si comprenen l'execució d'obres i l'explotació de servei
Concessió de serveis no relacionats amb la prestació de serveis sanitaris (article 29.6-b)	25 anys màxim	Explotació d'un servei no relacionat amb la prestació de serveis sanitaris
Concessió de serveis de prestació de serveis sanitaris (article 29.6-c)	10 anys màxim	Comprenen l'explotació d'un servei l'objecte del qual consisteixi en la prestació de serveis sanitaris sempre que no estiguin compresos en el 29.6-a

Font: elaboració pròpia a partir de la Llei 9/2017, de contractes del sector públic.

plada fa que les opcions que s'adoptin hagin de dependre tant del limitat coneixement disponible sobre avantatges i riscos de les diferents formes de relació, com de les percepcions i els sentiments respecte a aquelles i aquests, així com de la disponibilitat o resistència a propiciar diferents mecanismes de captura. En aquest sentit resultaran crítiques les competències, capacitats i disposicions de les instàncies tècniques implicades en el disseny, la quantificació, la qualificació i la supervisió d'aquests acords, atesa la important discrecionalitat que es concentra en les seves decisions, molt superior a les responsabilitats objectives que enfronten. En vista de les executòries prèviament mostrades —contractes de concessió pràcticament calcats, idèntics al llarg d'una dècada, absència de previsions de penalització creïbles fiant els riscos d'incompliments parcials a una inversemblant rescissió, sospitoses distraccions o omissions sistemàtiques, etc.—, la mínima cautela exigible passaria per una aclaparadora transparència a tot el procés contractual, que permeti detectar, assenyalar i esmenar a temps orientacions inadequades, dissenys a mida, vaguetats o inespecificacions punibles, entre altres carències i volences difícilment acceptables.

Dit això, sembla oportú destacar que en algunes estipulacions de la nova normativa es poden interpretar esperançadors inicis d'inversió de la càrrega de la prova justificativa d'una determinada elecció, o almenys de la revisió d'alguna de prèvia. Concretament, en l'articulat de la LCSP relacionat amb la nova regulació del rescat per a la gestió directa per part de l'Administració, aquest s'admet per raons d'interès públic fins i tot malgrat la bona gestió del seu titular. No obstant això, el rescat de la concessió requerirà, a més, l'acreditació que la gestió directa és més eficaç i eficient que la concessional (article 279). Encara que pugui ser motiu d'escàndol per a alguns, considerem que l'exigència —generalitzada— d'una justificació raonable i amb base empírica, no merament apriorística, d'una superioritat en eficàcia i eficiència de l'alternativa plantejada, serà sempre preferible a qualsevol assumptió prejutjada.

### **L'experiència de la col·laboració publicoprivada en la sanitat espanyola: què en sabem?**

L'absència d'una veritable cultura avaluadora en l'Administració espanyola impedeix disposar d'evidència abundant i rigorosa sobre com han funcionat fins al moment les diferents fórmules de gestió sanitària, ja siguin integralment públiques o de col·laboració publicoprivada (incloem en aquest últim

grup des dels tradicionals concerts fins als complexos contractes de les concessions administratives, que presten assistència sanitària integral en determinades àrees de salut). Pel que concerneix a la col·laboració en l'àmbit de l'atenció primària, els pocs estudis disponibles que avaluen les entitats de base associativa (EBA), una experiència d'àmbit exclusivament català formada per cooperatives de professionals amb qui el Servei Català de la Salut concerta l'assistència a canvi d'una càpita, mostren resultats positius tant des de la perspectiva de l'estalvi en costos com dels indicadors de qualitat i satisfacció (Ledesma, 2012). Tanmateix, respecte a l'atenció especialitzada no hi ha evidència conclouent que inclini la balança de manera sistemàtica cap a les entitats privades.

Els habituals exercicis de mesurament de l'eficiència de les organitzacions sanitàries indiquen que més que el model (públic o privat), el que importa és la forma concreta en què es gestiona cada centre (Alonso et al., 2015; Peiró, 2017). Un treball recent (Pérez-Romero et al., 2019) suggereix que un marc flexible de regulació i gestió de l'hospital tendeix a associar-se a una eficiència més gran. No obstant això, és necessari destacar l'orientació excessivament productivista de la major part d'aquests estudis. Els pocs treballs que incorporen indicadors de resultat final i de qualitat indiquen que no hi ha diferències significatives en termes d'adequació, seguretat, eficiència i efectivitat clínica (Serra et al., 2017; Comendeiro-Maaløe et al., 2019a). Un grapat d'informes, en canvi, alerten dels problemes associats als contractes de col·laboració d'alta complexitat, com els que caracteritzen les fórmules de contractació més noves (concessions administratives d'obra i servei). Entre ells es troben les limitacions a la competència efectiva que han suposat a la pràctica aquests contractes (CNC, 2013), l'absència d'objectius de qualitat explícits o la deficient supervisió dels diferents aspectes (financers i clínics) de la relació contractual (Síndic de Comptes, 2017 i 2018). Així mateix, es poden esmentar els riscos de fallida en la integralitat de la prestació sanitària o la pèrdua de coneixement clínic que pot derivar-se d'alguns processos d'externalització (Meneu i Urbanos, 2018).

L'evidència europea tampoc no permet sostenir la tesi que els centres gestionats privadament siguin sistemàticament superiors als públics. El treball de revisió de Tynkkynen et al. (2018) indica que, en termes generals, els hospitals públics solen mostrar millor acompliment que els proveïdors privats sense ànim de lucre i aquests, al seu torn, una mica millor

*“Els espanyols som uns dels europeus que més importància atorga a la tasca de l'Estat en la garantia d'un nivell de vida digne, particularment quan es tracta de proveir cobertura sanitària universal”*

que els proveïdors privats lucratis. Per la seva part, Kruse et al. (2017) coincideixen a assenyalar que els hospitals públics en un bon nombre de països europeus són almenys tan eficients (si no més) que els centres privats, i conclouen que el creixement experimentat per la provisió privada en hospitals no es relaciona amb millores en l'acompliment.

Certament, el creixement de les fórmules de col·laboració amb el sector privat s'ha fonamentat més en la promesa de potencials millores de l'eficiència en la gestió que en una realitat contrastada. Aquest prejudici, combinat amb la possibilitat que els contractes de concessió oferien als governs d'escametre importants inversions esquivant (almenys en un primer moment) els límits de deute públic, contribueixen a explicar el recurs a aquestes fórmules en les dues últimes dècades. Referent a això, el mateix Tribunal de Comptes Europeu (TCE) recomana amb vista al futur que les decisions de contractació amb el sector privat es basin en “anàlisis comparatives sòlides” que permetin seleccionar la millor opció (Tribunal de Comptes Europeu, 2018).

Nogensmenys, i per més que es reivindiqui la presa de decisions públiques “basada en l'evidència”, tot procés d'elecció col·lectiva es veu influït per la interacció entre votants i polítics. La pressió popular ha condicionat de manera important el que ha succeït a Espanya amb alguns contractes de concessió en els últims anys. Així, la intenció de la Comunitat Autònoma de Madrid d'aprovar nous concursos per cedir la gestió al sector privat de 6 hospitals i 27 centres de salut (Pla de garanties de sostenibilitat del sistema sanitari públic 2012) es va frenar com a conseqüència de les mobilitzacions de la “Marea Blanca”, un moviment contra les retallades sanitàries i la “privatització” en què es van implicar una part important dels professionals sanitaris. Finalment, i després de la paralització cautelar del procés d'externalització de la gestió per

part del Tribunal Superior de Justícia de Madrid, el govern de la CAM va desistir de les seves intencions, fet que va provocar la dimissió del llavors Conseller de Sanitat de la Comunitat el 2014. En el cas de la Comunitat Valenciana, la reversió de les concessions va ser una de les mesures estrella en la campanya electoral dels partits d'esquerra el 2015, que de moment ha donat com a resultat la no renovació del contracte d'Alzira després que finalitzés el 2018<sup>2</sup>.

Es pot concloure que les decisions, d'un o un altre signe, sobre les relacions entre sector públic i privat, han estat més fruit de la ideologia que d'un debat seré que permetés analitzar de manera objectiva les virtuts i els riscos dels diversos models de gestió. Els partidaris de concedir al sector privat un paper més protagonista van ignorar el fet que en algunes ocasions els obligats a vigilar per l'interès general van prioritzar, en canvi, la defensa d'interessos particulars, i van pervertir així mateix les pròpies regles del joc del mercat: l'assumpció de riscos com a requisit per a l'obtenció d'un benefici econòmic (Gimeno-Feliu et al., 2018). Per la seva part, els partidaris de mantenir la gestió en un entorn purament públic van agitar el fantasma de la privatització, contribuint així a la deslegitimació social de la col·laboració publicoprivada (CPP).

No s'ha d'oblidar que la responsabilitat que els ciutadans atribuïm al sector públic respecte a alguns serveis és extraordinàriament elevada. Els espanyols som uns dels europeus que més importància atorga a la tasca de l'Estat en la garantia d'un nivell de vida digne, particularment quan es tracta de proveir cobertura sanitària universal. D'acord amb l'Enquesta de Valors 2019 de la Fundació BBVA, el 87 % dels entrevistats creu que l'Estat té molta responsabilitat en assegurar la cobertura sanitària, davant el 70 % de mitjana que assoleix als països veïns (Itàlia, França, Alemanya i el Regne Unit).

D'acord amb la mateixa enquesta, la percepció de la corrupció (en una escala de 0 a 10) també és més alta a Espanya (8,4) que en altres països del nostre entorn (6,7). Aquesta percepció es justifica, a més, pel declivi experimentat pels nostres indicadors de transparència i bon govern arran de la Gran Recessió. És important recordar que el context institucional juga un paper crucial en el funcionament de les diverses fórmules de col·laboració publicoprivades, de manera que en

---

**2 Una anàlisi del procés de reversió de la concessió d'Alzira es pot trobar a Comendeiro-Maaløe et al., 2019b.**

entorns caracteritzats per una forta captura regulatòria, els riscos associats a aquestes fórmules poden fàcilment superar els seus avantatges. Com recorden Gimeno-Feliu et al. (2018), l'èxit de qualsevol iniciativa de col·laboració publicoprivada està determinat per tres elements transversals: la seguretat jurídica, la transparència i la responsabilitat. Els dèficits registrats en aquests elements expliquen en bona mesura els problemes que s'han produït en les CPP, i són darrere dels escàndols més recents en la relació entre sector públic i privat en l'àmbit sanitari (com el de l'empresa Fresenius a Espanya i altres països, o la caiguda del gegant Carillion al Regne Unit<sup>3</sup>).

Això implica que qualsevol proposta normativa relacionada amb les fórmules de contractació entre les administracions públiques i les organitzacions sanitàries privades haurà d'atendre el context institucional vigent, i/o recomanar reformes institucionals que afavoreixin les sinergies entre ambdós sectors.

### Com millorar la col·laboració entre el sector públic i el sector privat?

En un món cada vegada més globalitzat en serveis (75 % del PIB europeu) com els sanitaris i socials, què es pot fer perquè Espanya no es vegi abocada a una “desamortització” no més sanitarisocial, sinó també d'universitats públiques?

Ens basem en el que s'ha escrit tant més amunt com en treballs previs en un escenari d'esclerosi progressiva de la gestió pública: “Cal una (més que millor) molt bona gestió pública perquè funcionin tant les formes més intenses de col·laboració publicoprivada com les opcions més conservadores o regressives de republicar i reestatutaritzar, en un retorn al passat poc justificable per a la societat del segle XXI”, (Meneu i Urbanos, 2018). Alguna cosa sabem sobre com millorar la

---

**3 Fresenius és una empresa líder a escala mundial de serveis de diàlisi, sancionada per subornar metges de la sanitat pública perquè derivessin pacients cap als seus centres, a més de per desenvolupar altres pràctiques corruptes per obtenir informació privilegiada o influir en la redacció de les especificacions tècniques dels concursos públics (Securities and Exchange Commission, 2019). Per la seva part, Carillion era un dels principals contractistes en les concessions d'obra del Regne Unit, amb una amplíssima presència al sector sanitari. La seva fallida, juntament amb les estimacions del cost que els contractes vigents de col·laboració publicoprivada suposaran en els propers anys al govern britànic (gairebé 200.000 milions de lliures fins al 2040, segons la National Audit Office), van forçar l'aleshores ministre de Finances del Regne Unit a anunciar que no es llançaran nous contractes de concessió.**

qualitat de la política i el disseny de les nostres institucions (Hernández, 2018) gràcies, en part, a la benèfica influència de la Unió Europea, per exemple, per propiciar l'avaluació o ajudar en l'infantament d'ens com l'Autoritat Independent de Responsabilitat Fiscal (AIReF), en funcionament des del 2013, o l'Oficina de Supervisió de la Contractació Pública, creada per la Llei 9/2017 i pendent de dotar, que serà clau per al disseny que dona títol a aquest article.

Els beneficis econòmics obtinguts de la prestació privada de serveis públics poden resultar socialment convenients si premien l'eficiència, la innovació i compensen el risc, però seran socialment perjudicials si s'obtenen sobre la base de restringir la competència, l'aprofitament de contactes i la captura regulatòria (la riquesa crea poder, el poder crea riquesa) (García-Altés i Ortún, 2018).

Com s'ha comentat en el primer epígraf d'aquest article, l'acció concertada en els àmbits socials, sanitaris i educatius constitueix un nou instrument de relació amb l'administració pública de tipus no contractual, amb finançament, accés i control públics. L'article 11.6 de la Llei 9/2017 de contractes del sector públic diu: “Queda exclosa d'aquesta Llei la prestació de serveis socials per entitats privades, sempre que aquesta es realitzi sense necessitat de subscriure contractes públics, a través, entre altres mitjans, del simple finançament d'aquests serveis o la concessió de llicències o autoritzacions a totes les entitats que compleixin les condicions prèviament fixades pel poder adjudicador, sense límits ni quotes, i que l'esmentat sistema garanteixi una publicitat suficient i s'ajusti als principis de transparència i no discriminació”. La disposició addicional 49a habilita les comunitats autònomes perquè legislin articulant instruments no contractuals. Moltes ja ho han fet i no necessàriament reservant aquesta “acció concertada social” a les entitats sense ànim de lucre. Es tracta, doncs, d'una solució ad hoc adaptada a l'estatu quo, adequada per a serveis sense economies d'escala ni competència entre ells.

Sabem, no obstant això, que el grau de competència constitueix un factor exogen que afecta la qualitat de la gestió. I encara que el sector sanitari està més “a prova d'Amazon” que altres sectors, cal anar introduint la idea que els recursos que una organització sanitària rebí dependran, d'entrada en una mínima part, de la qualitat que ofereixi en relació amb els seus comparables. Caldrà anar més enllà de l'estatu quo especialment en els serveis sanitaris més allunyats de l'artesania

local” susceptible d’acció concertada. Aquells que coneixen les economies d’escala, gamma i aprenentatge, que necessiten innovar en un món, en el qual les tècniques d’edició genètica, les interfícies neuronals o la intel·ligència artificial fa temps que són realitats difícils d’ignorar, han de compassar el canvi organitzatiu en un context regulatori que faciliti la contractació pública competitiva entre l’Administració i el sector privat.

La dicotomia entre contracte de serveis, amb transferència de riscos, i contracte de serveis, sense ella, s’ha de superar amb una visió a mitjà i llarg termini que aprengui d’experiències com la dels Països Baixos. Transferir riscos com allà s’ha fet no va requerir únicament l’eliminació dels incentius a la selecció d’aquests per part de les companyies d’assegurances mitjançant pagaments capitatius ajustats per risc. Va caldre també una transferència gradual en el temps, des de gairebé res a l’inici fins a una important transferència de risc vint anys després. És important destacar que tant l’aprenentatge —sobre com ajustar per risc— com la perseverança i previsibilitat en les polítiques resulten essencials en la relació entre les administracions públiques i el sector privat.

La dicotomia abans citada, amb i sense transferència de risc, afecta igualment a un altre tipus de col·laboracions publico-privades, particularment a les que suposen inversió en infraestructures. Amb risc total o parcialment públic la inversió compta com a despesa pública. Seria més lògic, com proposa Andreu Mas-Colell (2018), donar sentit econòmic a les normes comptables europees i graduar la part de la inversió que es considera pública en funció del grau de risc assumit, una cosa que sempre s’ha fet en el sector financer.

El marc legal per a la contractació amb el sector privat ofereix menús suficients, i afortunadament homogenis dins de la UE, amb antecedents sanitaris que no descarten un bon ús d’aquest marc (Meneu i Urbans, 2018). Pesa molt, no obstant això, la incompetent manera de contractar infraestructures, amb gran impacte en l’opinió pública: serveixen com a exemples les radials de Madrid, el túnel de Perthuis i el dipòsit de gas Castor. En els tres casos, els beneficis aconseguits en la construcció van compensar àmpliament les pèrdues de l’escàs capital privat aportat per les concessionàries. Les pèrdues públiques han estat, en canvi, formidables (Bel et al., 2019).

Per això, i en línia amb el que ha apuntat l’Oficina Independiente de Regulación y Supervisión de la Contratación en el seu pri-

mer informe (Oirescon, 2019), insistim a assenyalar que hi ha un important marge de millora en el disseny dels plecs, les condicions especificades en els contractes, i el seguiment i la supervisió que se’n fa, que s’hauria d’aprofitar per fomentar la competència, la qualitat del servei que es contracta i, en definitiva, l’eficiència en l’ús dels recursos públics.

Però més enllà de la competència entre els actors privats que contracten amb l’Administració, és urgent estimular la competència per comparació, pel que fa a la gestió dels serveis finançats col·lectivament, entre els esmentats actors i els ens públics, i també, i amb particular interès, dins d’aquests últims. La competència per comparació entre ens del sector públic crea tant cultura cívica (que estimula la rendició de comptes) com dades i algorismes que poden ajudar a reduir molt l’asimetria informativa (la qual cosa afavoriria l’entrada al mercat de serveis públics d’altres agents, amb o sense ànim de lucre).

Els ens del sector públic en els quals cap la competència per comparació poden rebre l’estímul de la Comissió Nacional de Mercats i Competència (CNMC) i de l’Airef sobre la base de tres pilars d’evolució molt recent:

- La creixent demanda social de transparència, condició necessària per a l’assoliment de la democràcia i l’eficiència. El compromís amb la satisfacció d’aquesta demanda hauria de ser, a més, prou fort com per no renunciar-hi donant crèdit als imaginatius pretextos dels qui defensen els seus interessos oposant-s’hi amb *cartelitzada* tenacitat.
- La molt augmentada possibilitat tècnica de proporcionar dades molt riques, desglossades per centres, d’utilització, satisfacció, resultats, etc. Una possibilitat, aquesta, inexistent fa 10 o 20 anys. En l’època de la dada com a input fonamental, no es pot donar l’esquena a totes les aplicacions d’intel·ligència artificial que estan venint i que poden servir, no només per diagnosticar una degeneració macular millor del que pot fer-ho un oftalmòleg, sinó també per comparar centres sanitaris (o docents) millor que qualsevol anàlisi clàssica de frontera.
- Un marc normatiu de contractació nou, adaptable i vigilat per la UE, autoritats com la CNMC i la ciutadania responsable, interessada tant en una bona regulació com en el millor funcionament del sector públic.

En definitiva, gens nou: a la competència per la transparència (amb una inèdita riquesa de dades, i un marc legal modern i assenyat). Això sí, començant per donar una mica d'exemple que permeti muscular, sense fiar-ho tot al proteccionisme permanent, en una societat on cada vegada més només hi haurà una manera de fer les coses: fer-les com qui millor les faci. ■

## Referències

- Alonso, J.M.; 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.; Ridao-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.; Ridao-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.
- Comissió Nacional de la Competència** (2013). *Informe sobre la aplicació de la guia de contractació i competència a los procesos de licitación para la provisión de la sanidad pública en España*. Madrid.
- Directiva 2014/24/UE del Parlament Europeu i del Consell** de 26 de febrer de 2014 sobre contractació pública i per la qual es 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](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, J.M. 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](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, F.M.; Stadhouders, N.W.; Adang, E.M.; Groenewoud, S.; Jeurissen, P.P.T.** (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?" A: Informe SESPAS 2012, *Gaceta Sanitaria*, 26, 57-62.
- Llei 7/2017, de 30 de març, de la Generalitat**, sobre acció concerta per a la prestació de serveis a les persones en l'àmbit sanitari, [https://www.dogv.gva.es/datos/2017/04/06/pdf/2017\\_2915.pdf](https://www.dogv.gva.es/datos/2017/04/06/pdf/2017_2915.pdf).
- Llei 9/2017, de 8 de novembre, de contractes del sector públic**, per la qual es transposen a l'ordenament jurídic espanyol les Directives del Parlament Europeu i del Consell 2014/23/UE i 2014/24/UE, de 26 de febrer 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 novembre.
- 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*.
- Oirescon** (2019). *Informe anual de supervisión de la contratación pública en España*, <https://contrataciondelestado.es/wps/wcm/connect/27901388-df3a-434d-8a47-3356a7c11261/INFORME+SUPERVISION+OIRESCON+2019.pdf?MOD=AJPERES>.
- Peiró, V.** (2017). "Aspectos de política sanitaria", A: López-Casasnovas, G. i Del Llano J.E. (ed.). *Colaboración público-privada en sanidad: el modelo Alzira*, 94-103. Fundación Gaspar Casal. Madrid.
- Pérez-Romero, C.; Ortega-Díaz, M.I.; Ocaña-Rioja, R.; Martín-Martín, J.J.** (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, A.G.; López-Casasnovas, G.** (2017). "La aproximación empírica. La Ribera, Torreveja y Vinalopó". A: López-Casasnovas, G. i Del Llano, J.E. (ed.). *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*. València.
- Sindicatura de Comptes** (2018). *Auditoría operativa de la concesión de la asistencia sanitaria integral en el Departamento de Salud de Torreveja, Ejercicios 2003-2016*. València.
- Tribunal de Comptes Europeu** (2018). *Asociaciones público-privadas en la UE: Deficiencias generalizadas y beneficios limitados*, Informe Especial n.º 9, <https://www.eca.europa.eu/es/Pages/DocItem.aspx?did=45153>.
- Tynnkkynen, L.K.; Vrangbæk, K.** (2018). "Comparing public and private providers: a scoping review of hospital services in Europe", *BMC Health Services Research*, 18(1):141.