

Colaboración público-privada en sanidad

Xavier Martínez-Giralt*

Los acuerdos de colaboración público-privada en el sector de la sanidad se utilizan en todo el mundo como un mecanismo para mejorar la provisión y la calidad de los servicios de salud. Estos acuerdos, si están adecuadamente gestionados, aportan beneficios al sector público en términos de reducción de costes y de riesgos en proyectos de provisión de servicios de salud; para el sector privado representan oportunidades de negocio; y para los ciudadanos representan el acceso a más y mejores servicios sin que ello implique mayor presión fiscal.

La colaboración público-privada es un contrato entre un organismo público y una empresa privada cuyo objetivo es la producción y/o distribución de servicios públicos. Estos acuerdos exigen la implementación de estrictos mecanismos de control y seguimiento del contenido del acuerdo por ambas partes, que deben delegarse a un agente externo a quien las partes provean la información necesaria de sus respectivas actividades. En el caso en que se prevea que estos mecanismos de control no van a ser eficaces, es mejor no iniciar la colaboración.

La colaboración público-privada (para la que usamos el acrónimo PPP del inglés *public-private partnership*) surge como consecuencia de las crecientes limitaciones a la capacidad de endeudamiento de las administraciones públicas en todo el mundo, y en particular en el contexto de la Unión Europea impuestas desde el Tratado de Maastricht. Más recientemente, la Comisión Europea en su Estrategia de Lisboa reconoce el papel de los PPP como vehículo para reforzar la posición de Europa como una región tecnológicamente innovadora. En particular, el séptimo Programa Marco introdujo el concepto de *iniciativas tecnológicas*

conjuntas como una nueva forma de implementar los PPP a nivel europeo.

Estos tipos de acuerdos público-privados representan un reparto del riesgo entre las partes y tienen como objetivo combinar las mejores habilidades de los sectores público y privado en beneficio mutuo. Sin embargo, no debemos perder de vista que los objetivos de la administración pública (bienestar social) y de la empresa privada (maximización de beneficio) no son necesariamente compatibles. En consecuencia, los acuerdos de colaboración público-privada exigen la imple-

* Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona Graduate School of Economics (BGSE) y MOVE. El autor agradece la financiación del Ministerio de Economía y Competitividad a través del proyecto ECO2012- 31962, y del Programa Severo Ochoa para Centros de Excelencia en I+D, SEV-2011-0075.

mentación de estrictos mecanismos de control y seguimiento del contenido del acuerdo por ambas partes. Estos mecanismos de control deben delegarse a un agente externo a quien las partes suministren la información necesaria de sus respectivas actividades. En el caso en que se prevea que estos mecanismos no van a ser eficaces, es mejor no iniciar la colaboración.

Este artículo se concentra en las colaboraciones público-privadas en el sector de la sanidad. Sin embargo el ámbito de aplicación de los PPP es mucho más amplio particularmente en la provisión de infraestructuras. El lector interesado en profundizar en este tema, puede consultar las aportaciones de Broadbent y Laughlin (2003) y Webb y Pulte (2002) que contienen completas introducciones y de Grimsey y Lewis (2005) que presentan una visión panorámica de esta literatura relativamente reciente.

PPP en el sector de la sanidad

En cualquier discusión sobre los PPP debemos tener presente que es un mecanismo financiero que transforma la inversión de un volumen importante de recursos hoy en un flujo de pagos futuros. Así pues, este contrato solo tiene sentido cuando la emisión de deuda privada es más barata que la emisión de deuda pública, o bien cuando el Estado tiene limitaciones a la emisión de deuda pública. Típicamente el tipo de interés de la deuda pública es inferior al de la deuda privada por la capacidad de los gobiernos para diversificar riesgos. Por lo tanto, salvo en circunstancias excepcionales, la emisión de deuda pública es un mecanismo más barato para transformar una inversión inicial importante en un flujo de pagos futuros. Una consecuencia inmediata de este argumento es que las ventajas de los PPP no pueden basarse exclusivamente en los aspectos financieros del proyecto. Ello nos conduce al argumento de la eficiencia.

El argumento de la eficiencia suele basarse en la evidencia que las inversiones del sector público en infraestructuras a menudo soportan mayores sobrecostes y retrasos que las infraestructuras

construidas por la iniciativa privada. Por lo tanto, si el ahorro asociado a los menores sobrecostes compensa el mayor coste del capital privado, podría justificarse un PPP para la construcción de una infraestructura sanitaria.

Como hemos mencionado antes, una de las características de los PPP es la transferencia de riesgo desde el sector público hacia el sector privado. Pero hay que señalar que el reparto de riesgo es un instrumento para conseguir el objetivo de la máxima eficiencia, no un fin en sí mismo. Esta transferencia de riesgo merece dos consideraciones importantes. Por una parte, y como es natural, el sector privado exige una compensación por asumir un riesgo. Por otra parte, en el momento de cerrar el contrato (y por lo tanto de transferir el riesgo) la información de las partes contratantes sobre el coste real de la inversión a realizar es diferente. En particular, el constructor privado encargado de realizar la infraestructura tiene mejor información sobre los costes que la agencia pública (Gobierno, Ministerio de Sanidad,...). Esta situación de asimetría informativa se conoce como una situación de riesgo moral y abre la posibilidad a que la parte mejor informada pueda desarrollar comportamientos oportunistas en su propio beneficio. Un ejemplo de estos comportamientos consiste en que la parte privada anuncie unos costes subvalorados para conseguir el contrato sabiendo que en el futuro podrá renegociarlo obteniendo beneficios adicionales. Por su parte, el agente público en ese momento se ve obligado a aceptar la renegociación como un mal menor (con respecto a los costes en términos de retrasos en la provisión del servicio sanitario, costes judiciales y financieros) ante la alternativa de denunciar el contrato y abrir un nuevo procedimiento para licitar un nuevo PPP. Estos incentivos perversos comprometen el objetivo final de la máxima eficiencia. Para evitar estas situaciones, el sector público necesita dotarse de un marco legislativo y regulatorio adecuado. Sin embargo, la evidencia empírica internacional (véase Guasch, 2004) apunta a que frecuentemente es la iniciativa pública la que inicia el proceso de renegociación después de unos años de contrato.

Concluimos pues que esta transferencia de riesgo solo se justifica si genera los incentivos adecuados sobre el sector privado para desarrollar el proyecto con la máxima eficiencia en términos de coste y calendario de finalización del proyecto¹.

Los PPP deberían estar fundamentalmente dirigidos a la construcción de infraestructuras, y no diseñados exclusivamente a la provisión de servicios asistenciales y no asistenciales que no conllevan una inversión inicial importante.

Una consecuencia que se desprende de estos argumentos es que ahí donde observamos los PPP, deberían estar fundamentalmente dirigidos a la construcción de infraestructuras, y no diseñados exclusivamente a la provisión de servicios asistenciales y no asistenciales que no conllevan una inversión inicial importante.

Los elementos de financiamiento y riesgo están en la base del debate sobre los aspectos positivos y negativos de los PPP.

El debate

La introducción de los PPP en el sector de la sanidad ha sido, y continúa siendo, controvertida. El debate sobre los aspectos positivos y negativos de su implementación se ha desarrollado fundamentalmente en el Reino Unido como país pionero en la utilización de este mecanismo de financiación (que ahí toman la denominación de *private finance initiatives* o PFIs).

Los aspectos más criticados se centran no tanto en el uso de los PPP, como en su diseño y consecuencias. Así, un primer tipo de críticas apuntan hacia la disminución de capacidad en aquellos hospitales construidos bajo un PPP. El debate aparece porque no está meridianamente claro si la pérdida de capacidad es consecuencia

de la aplicación de criterios más orientados hacia la obtención de rentabilidad, o si es consecuencia del desarrollo tecnológico que genera tecnologías menos invasivas que (entre otros aspectos médicos) permiten reducir la estancia de los pacientes en el hospital, o también el desarrollo de protocolos que para las afecciones leves permiten proveer el tratamiento en los centros de asistencia primaria lo que a su vez reduce la demanda de camas hospitalarias.

Un segundo tipo de críticas se centran en los sobrecostes que se observan en los proyectos de infraestructura sanitaria construidos bajo el formato de PPP. De nuevo el foco de atención no es tanto el uso del PPP como instrumento financiero para obtener la infraestructura, como la falta de control sobre el seguimiento del proyecto que acaba manifestándose en retrasos sobre los calendarios previstos, y renegociaciones de los términos del contrato favorecidos por la asimetría informativa que da lugar a las situaciones de riesgo moral comentadas anteriormente.

La tercera línea de argumentos críticos alertan sobre los resultados negativos o ambiguos del uso de los PPP como instrumento para mejorar el estado de salud de la población.

En el lado de los defensores de los PPP encontramos a quienes defienden el potencial de los PPP para mejorar la coordinación y efectividad en la provisión de servicios de salud, y los que ilustran las virtudes de los PPP centrándose en su éxito en países en vías de desarrollo como mecanismo de construcción y de gestión y provisión de servicios clínicos.

Finalmente, encontramos una línea argumental diferente que intenta poner distancia del debate anterior centrándose en principios económicos y éticos apartándose del debate político. Como aportaciones representativas reseñamos la contribución de De Bettignies y Ross (2004) quienes presentan los aspectos económicos de los PPP para clarificar las controversias conducidas más por razones ideológicas que por un

¹ Un análisis detallado se encuentra en Barros y Martínez-Giralt (2012, cap. 13.2).

análisis riguroso. También, en esta línea Nishtar (2004) enfatiza la necesidad de definir principios y normas basados en criterios éticos para guiar los proyectos de los PPP en el sector de la sanidad; por último, Buse y Harmer (2004) estudian la dimensión política de los PPP y argumentan cómo su desarrollo ha cambiado el equilibrio de poder entre las organizaciones públicas y privadas, incluidas la Organización Mundial de la Salud o el Banco Mundial.

El debate se ha visto a menudo ofuscado porque la distinción entre privatización y contratos de colaboración público-privada no se establece en términos diáfanos. Al contrario, con frecuencia ambos conceptos se confunden.

El debate también se ha visto a menudo ofuscado porque la distinción entre privatización y contratos de colaboración público-privada no se establece en términos diáfanos. Al contrario, con frecuencia ambos conceptos se confunden. Para clarificar este punto proponemos las siguientes definiciones:

Privatización: decimos que una infraestructura es privada cuando su propiedad está en manos de inversores privados.

PPP: un acuerdo de colaboración público-privada implica diferentes formas de propiedad y gestión mixtas, en la que la infraestructura mantiene la propiedad pública pero es gestionada (total o parcialmente) por un agente privado.

Tipología de los PPP

Los PPP ofrecen diferentes soluciones según las necesidades que puedan surgir en distintos sistemas sanitarios en diferentes países. La relación que liga a la parte pública y a la parte privada en un PPP puede formalizarse de diversas maneras según como se implemente el reparto de riesgos y de responsabilidades. Así encontramos

contratos, franquicias, *joint-ventures*, subsidios e incentivos fiscales, cooperativas, concesiones, y otros. Mayoritariamente, sin embargo, el contrato es la forma más utilizada.

Podemos clasificar los diferentes acuerdos de colaboración público-privada en sanidad en cinco tipos:

- *PPP para construir infraestructuras.* El sector público contrata un proveedor privado para diseñar, construir y gestionar una nueva infraestructura (hospital, clínica, residencia, consultorio, etc.). Países que utilizan este tipo de PPP son por ejemplo, Reino Unido, España, Italia, Francia, Australia, México, o Sudáfrica.
- *PPP para construir infraestructuras y proveer servicios sanitarios.* Este tipo de contrato es más amplio que el anterior. El sector público contrata un proveedor privado para diseñar, construir y gestionar una nueva infraestructura y además también contrata la provisión de servicios sanitarios. Países que utilizan este tipo de PPP son por ejemplo, España, Portugal o Lesotho.
- *PPP para la provisión de servicios clínicos.* En este formato el sector público contrata la provisión privada de servicios asistenciales como diálisis, radioterapia, quimioterapia, tomografía computerizada, resonancia magnética, electrocardiografía, rayos X, guía ecográfica, cirugía de día, etc. Ejemplos de países que utilizan este formato son Reino Unido, Alemania, Rumanía, Perú, o India.
- *PPP para la gestión de hospitales.* En este caso, el contrato consiste en delegar la gestión de un hospital (o en general de una infraestructura sanitaria) a un organismo privado. Países como Alemania, Suecia, Brasil, Estados Unidos, o India utilizan este tipo de contrato.
- *PPP para la provisión de servicios no asistenciales.* Finalmente, en este caso el sector

público contrata con una empresa privada la compra y el mantenimiento de servicios no asistenciales como el mantenimiento, la limpieza, el *catering*, la lavandería, o los equipos de información y telecomunicación. Este es el tipo de contrato más extendido. Encontramos ejemplos en todo el mundo.

La experiencia en Europa

El uso de los PPP en el sistema de salud está muy extendido en Europa. Sin ánimo de ser exhaustivos, podemos resumir las diferencias entre los países que utilizan los PPP en la provisión de servicios de salud en dos estructuras generales. Una consiste en combinar la construcción de las infraestructuras y la provisión de los servicios en un único contrato. La otra contempla dos contratos separados: uno, para la inversión en la infraestructura y otro, para la provisión de los servicios de salud. Precisamente una de las razones que oscurecen el debate y la comprensión del alcance y contenido de los PPP reside en las diferentes estructuras contractuales que dan soporte a un PPP.

Como ilustración, podemos identificar países como España, Portugal, e Italia en los que el contrato que define el PPP incluye tanto la construcción de la infraestructura como la gestión de las actividades clínicas. En países como Francia, Alemania, y también España e Italia encontramos contratos que concentran el PPP a la actividad de construcción de la infraestructura exclusivamente. La comparación internacional sugiere que en países en los que el sistema de salud se financia a partir de los impuestos de los ciudadanos se utilizan más intensamente los contratos de PPP como sustituto de una inversión pública inmediata. Así por ejemplo en 2010 según los informes del Banco Europeo de Inversión (EPEC, 2012), España, Reino Unido y Portugal, en este orden, fueron los países con uso más intensivo de los PPP (por millones de euros contratados). Estos proyectos se concentran en transporte, educación y sanidad. En particular, en sanidad se firmaron acuerdos por un valor aproximado de 3.000 millo-

nes de euros. El impacto de la crisis ha cambiado radicalmente el panorama. En 2012, los primeros países de acuerdo con el valor de proyectos contratados fueron el Reino Unido y Francia, y a bastante distancia Holanda y España. También las inversiones en sanidad cayeron drásticamente hasta unos 400 millones de euros.

Desde una perspectiva analítica, Barros y Martínez-Giralt (2009) examinan la cuestión de cómo diseñar los contratos cuando el PPP implica tanto la construcción de la infraestructura como la gestión de las actividades clínicas. El interés de este tipo de PPP (más allá de su popularidad) reside en dos características. Por una parte, el PPP está compuesto de dos contratos; uno referido a la construcción de la infraestructura, el otro centrado en la provisión de servicios asistenciales. Por otra parte, la puesta en servicio de la infraestructura (hospital, consultorio de asistencia primaria, residencia, etc.) además de la contratación del personal asistencial (contenido en el segundo contrato), también necesita la contratación de servicios complementarios (mantenimiento, lavandería, *catering*, limpieza, etc). La pregunta interesante es pues a cuál de los dos contratos se asigna la subcontratación de estos servicios complementarios. El interés de la pregunta radica en que los incentivos que se generan son diferentes y por lo tanto determinantes para alcanzar el objetivo último de eficiencia al que aspira el PPP. Los incentivos son diferentes porque desde el punto de vista de la eficiencia (y de la asimetría informativa) el gestor de las actividades clínicas seguramente está mejor posicionado para supervisar la calidad de los servicios complementarios. Pero alternativamente, la integración funcional entre los servicios complementarios con la infraestructura y su equipamiento sugiere una más fácil coordinación y por ende, menores costes de funcionamiento. La resolución de esta disyuntiva determina la estructura óptima del PPP.

Otro aspecto esencial en el diseño de un PPP se refiere a la capacidad de renegociación de los niveles de actividad y del nivel tecnológico del equipamiento. En contratos de larga duración como son los PPP es imposible prever todas

las posibles contingencias que pueda deparar el futuro. Por una parte, la propia naturaleza incierta de la demanda de servicios de salud, y por otra la incertidumbre sobre futuras innovaciones tecnológicas implican que cualquier contrato de provisión de servicios sea necesariamente un contrato incompleto. En consecuencia, no puede ignorarse la posibilidad de renegociaciones en algún momento del horizonte temporal del contrato. La dificultad con la que nos encontramos es que no disponemos de un cuerpo teórico que nos proporcione una guía sobre cómo proceder. ¿Qué nos dice la intuición? En general, parece que la parte privada está en una situación ventajosa frente a la parte pública en una renegociación: para el socio público, el coste asociado a cerrar la infraestructura o a responsabilizarse de su gestión es suficientemente alto como para verse "obligado" a aceptar la renegociación.

Naturalmente, podemos pensar que si la renegociación va a generar problemas en el futuro, una posibilidad es introducir cláusulas en los contratos que las eliminen. Sin embargo, ello no sería una alternativa inteligente. Por una parte, (y dado que frecuentemente la iniciativa a renegociar como ya hemos mencionado, surge de la parte pública), no parece sensato eliminar flexibilidad en la implementación del PPP, ni seguramente existe un mecanismo que pueda imponer a los firmantes del contrato el compromiso a no renegociar. Por otra parte, la incertidumbre sobre las condiciones en las que implementar el contrato en el futuro (como también hemos comentado anteriormente) tampoco aconseja introducir rigideces que impidan aprovechar posibles nuevos conocimientos que puedan ir apareciendo a lo largo del tiempo. Dadas estas consideraciones, debemos concluir que la posibilidad (e incluso la conveniencia) de la renegociación implica la necesidad de prever cláusulas en los contratos que concreten las condiciones bajo las que iniciar una renegociación.

La experiencia española

España es uno de los países con mayor tradición en el uso de los PPP para financiar la cons-

trucción de infraestructuras. La mayor parte se encuentran en el sector de carreteras y ferrocarril. La crisis bancaria y las restricciones impuestas sobre el déficit público han congelado los proyectos de infraestructuras que estaban planeados hasta el horizonte del año 2020. Una medida del impacto de la crisis la podemos percibir comparando el volumen de recursos en PPP en 2010 y 2012. En 2010, se contrataron en España proyectos a través del mecanismo de los PPP por valor de unos 4.500 millones de euros. En 2012, la contratación cayó hasta los 400 millones.

En 2010, se contrataron en España proyectos a través del mecanismo de los PPP por valor de unos 4.500 millones de euros. En 2012, la contratación cayó hasta los 400 millones.

La descentralización de la sanidad hace que la responsabilidad de la convocatoria y adjudicación de proyecto recaiga en las Comunidades Autónomas. Típicamente, los proyectos de infraestructuras sanitarias delegan en la parte privada, la construcción y la gestión de la infraestructura, quedando en el sector público la provisión de los servicios de salud, incluyendo el personal sanitario. La Comunidad Autónoma de Madrid y la Comunidad Valenciana son las que han utilizado más prolijamente este mecanismo de financiación para desarrollar sus redes de asistencia sanitaria.

Uno de los casos mejor estudiados de propuesta, desarrollo y consecuencias de un PPP en el sector de la sanidad en España es el del hospital de Alzira (Valencia). Acerete *et al.* (2011, 2013) presentan una evaluación crítica del contrato firmado entre el Gobierno de la Comunidad Valenciana y un consorcio privado para la construcción y gestión de un hospital en Alzira. El contrato se adjudicó en 1997 y el hospital empezó a prestar servicio el 1 de enero de 1999. Tras un periodo de pérdidas, el contrato se terminó en 2003 siendo substituido por otro contrato en el que se ampliaba el ámbito de la gestión a la provisión de servicios de asistencia primaria en el área de influencia del hospital y se renegociaban los términos de su

financiación para hacerlo económicamente rentable. Los autores del estudio muestran que el proyecto inicial nunca pudo ser factible y su renovación ha resultado costosa al Gobierno. Consideraciones políticas orientadas hacia la creación de un modelo de provisión privada de servicios públicos de salud determinaron la renovación del contrato inicial con ambiciones de servir de referente para el desarrollo de otros hospitales en España e internacionalmente. La crisis financiera en España pone en nuevas dificultades las posibilidades de mantener la financiación del contrato en el futuro próximo.

Una segunda experiencia española en curso de desarrollo es la reordenación del mapa sanitario de la Comunidad de Madrid. Hace unos años la Comunidad de Madrid promovió la construcción de hospitales bajo el formato de PPP. En estos contratos, se especificaba que el constructor tras construir el hospital era el responsable de la gestión de las actividades no clínicas durante un horizonte temporal de entre treinta y cincuenta años. Por su parte, una empresa pública se responsabilizaba de la gestión del personal clínico y de la actividad asistencial. Recientemente, el debate se ha generado por la intención de privatizar/externalizar la actividad de la empresa pública en línea con el modelo de Alzira. Más allá de la dimensión política de la decisión, el debate está servido porque los resultados de la experiencia de Alzira no son diáfanos, y críticos y defensores de este modelo continúan debatiendo sus pros y contras. Otra dimensión de la discusión es cómo determinar el precio de la privatización. El coste per cápita, el tamaño del hospital, su área de influencia, las características demográficas, epidemiológicas y de riesgo de esa área de influencia, son algunos de los elementos a tener en cuenta. Es imprescindible pues concretar un sistema de cálculo transparente para todas las partes involucradas en la negociación, que limite al máximo la ambigüedad del acuerdo final.

Como ya hemos mencionado al principio, la utilización del mecanismo de PPP solo se justifica en situaciones de rigidez presupuestaria del sector público. Dado este entorno, los PPP como mecanismo de financiación permiten la provisión de

servicios que de otra manera no sería posible plantear. La contrapartida para que el PPP produzca resultados satisfactorios, es que pueda hacerse un seguimiento estricto y continuado de su desarrollo. A su vez, ello comporta que las partes implicadas provean información detallada y fidedigna en tiempo y forma a un organismo regulador externo e independiente. Si las partes no pueden comprometerse en estos términos es mejor no iniciar el contrato y dedicar los recursos a usos alternativos de forma eficiente.

Conclusión

La prevalencia en todo el mundo de los acuerdos de colaboración público-privados en el ámbito de la sanidad (y también en otros sectores) aparece como respuesta a las crecientes dificultades de los sectores públicos para financiar la provisión de servicios de calidad de la forma más eficiente posible.

La utilización de los PPP en la provisión de servicios de salud está sujeta a intenso debate particularmente en los países con sistemas de salud eminentemente públicos. Ello es así por varias razones. Desde un punto de vista del diseño del contrato de colaboración, la coordinación de objetivos de bienestar social y de maximización de beneficios no es fácil. Exige una delicada provisión de incentivos a las partes contratantes para minimizar los problemas de agencia, de información asimétrica, y de riesgo moral inherentes en situaciones de este tipo. Desde una perspectiva del usuario, hay que ser cuidadosos en explicitar los objetivos de calidad y eficiencia y a la vez en enfatizar la distinción entre privatización y acuerdos de colaboración público-privada. Finalmente, el debate también ha estado mediatizado por los resultados de los PPPs que a menudo han sido cuestionados tanto por los objetivos de calidad como de coste (particularmente en el Reino Unido donde la disponibilidad de información y datos es más amplia).

Es precisamente el desarrollo del debate lo que nos debe iluminar sobre las bases necesarias

para decidir la utilización de un acuerdo de colaboración público-privada para construir una infraestructura sanitaria.

Un PPP adecuadamente gestionado permite obtener (i) reducción de costes y de riesgos para el sector público, (ii) oportunidades de negocios para el sector privado, y (iii) mejores servicios públicos para los ciudadanos sin aumentar la presión fiscal.

Para mitigar los efectos del conflicto de objetivos de las partes, es imprescindible prever mecanismos de control y seguimiento que deben delegarse a un agente externo. Además para que estos mecanismos sean eficaces las partes deben proveer información precisa y a tiempo de sus respectivas actividades. Si las partes no pueden comprometerse a ello, es altamente probable que los objetivos de calidad y coste (y de coste de oportunidad) no se satisfagan. En tal caso, es mejor buscar una forma alternativa para proporcionar los servicios de salud. Un PPP adecuadamente gestionado permite obtener (i) reducción de costes y de riesgos para el sector público, (ii) oportunidades de negocios para el sector privado, y (iii) mejores servicios públicos para los ciudadanos sin aumentar la presión fiscal.

Es importante señalar que buena parte del debate cuestiona no tanto la figura del PPP como los resultados su implementación (particularmente, retrasos y sobrecostes). Y ello tiene que ver con la capacidad de control y seguimiento del contrato. En este sentido la experiencia en España del acuerdo de colaboración público-privada para la construcción y gestión de un hospital en Alzira es revelador.

Referencias

ACERETE, B.; A. STAFFORD y P. STAPLETON (2011), "Spanish healthcare public-private partnerships: the 'Alzira

model", *Critical Perspectives on Accounting*, 22(6): 533-549.

– (2013), *PPPs in Spain: critical financial analysis of toll road and healthcare cases*, mimeo.

BARROS, P.P. y MARTÍNEZ-GIRALT, X. (2009), "Contractual design y PPPs for hospitals: lessons for the Portuguese model", *The European Journal of Health Economics*, 10: 437-453.

– (2012), *Health Economics. An Industrial Organization Perspective*, New York, Routledge.

BROADBENT, J. y LAUGHLIN, R. (2003), "Public private partnerships: an introduction, *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, 16(3), 332-341.

BUSE, K. y HARMER, A. (2004), "Power to the Partners?: The politics of public-private health partnerships", *Development*, 47(2): 49-56.

DE BETTIGNIES, J.E. y ROSS, T.W. (2004), "The Economics of Public-Private Partnerships", *Canadian Public Policy-Analyse de Politiques*, 30(2): 135-154.

EPEC (2012), *Market Update*, Luxembourg, European Investment Bank. (<http://www.eib.org/epec/library/index.htm>).

GRIMSEY, D. y LEWIS, M.K. (2005), *The Economics of Public Private Partnerships*, Cheltenham, Edward Elgar Publishing Ltd.

GUASCH, J.L. (2004), "Granting y renegotiating infrastructure concessions - doing it right" (*WBI Development Studies*), Washington, The World Bank.

NISHTAR, S. (2004), "Public-private 'partnerships' in health - a global call to action", *Health Research Policy y Systems*, 2(5), 7 p.

WEBB, R. y PULLE, B. (2002), "Public Private Partnerships: an Introduction", Department of the Parliamentary Library, Parliament of Australia, *Research Paper No. 1*, 2002-03.