

**FORMACIÓN MÉDICA****Asociación Pública-Privada en la Sanidad: un debate internacional***Ramasco Rueda F.**H.U. La Princesa. Madrid***Resumen**

La Asociación Pública – Privada para la provisión de servicios sanitarios está presente en nuestro país dentro de un profundo debate sobre el modelo de sanidad en un tiempo de crisis prolongada. Por ello, hemos realizado una revisión de la literatura médico-científico–económica más relevante sobre el tema.

Las 2 primeras cosas que llaman la atención al revisar este tema son:

- 1.- La escasez de literatura y datos relevantes sobre la cuestión, tanto internacionalmente como en nuestro país, así como la dificultad para encontrar datos y trabajos que no estén sesgados por componentes ideológicos o de grupos de interés.
- 2.- La dificultad de comprensión de las diferentes modalidades de gestión/aseguramiento/provisión, con una terminología compleja y opaca que dificulta un análisis objetivo. A esto se añade las enormes diferencias, y las mezclas de modelos de gestión dentro de los mismos países, regiones e incluso dentro de las mismas áreas de atención. Por ello, a la nomenclatura española le añadiremos su traducción al inglés, pues en su mayoría procede de este idioma.

**Introducción**

La Asociación Pública – Privada para la provisión de servicios sanitarios está presente en nuestro país dentro de un profundo debate sobre el modelo de sanidad en un tiempo de crisis prolongada. Por ello, hemos realizado una revisión de la literatura médico-científico–económica más relevante sobre el tema.



Foto tomada de la web ["Spanish Arts"](#).  
Usada sin propósito comercial

Las 2 primeras cosas que llaman la atención al revisar este tema son:

- 1.- La escasez de literatura y datos relevantes sobre la cuestión, tanto internacionalmente como en nuestro país, así como la dificultad para encontrar datos y trabajos que no estén sesgados por componentes ideológicos o de grupos de interés.
- 2.- La dificultad de comprensión de las diferentes modalidades de gestión/aseguramiento/provisión, con una terminología compleja y opaca que dificulta un análisis objetivo. A esto se añade las enormes diferencias, y las mezclas de modelos de gestión dentro de los mismos países, regiones e incluso dentro de las mismas áreas de atención. Por ello, a la nomenclatura española le añadiremos su traducción al inglés, pues en su mayoría procede de este idioma.

## **Introducción, Nomenclatura y Clasificación de Modelos**

La Asociación Pública – Privada en la asistencia sanitaria empezó a cobrar más relevancia, sobre todo en los países occidentales, a finales de los años ochenta, como consecuencia de la decisión política de adelgazar el estado en beneficio de la gestión privada, como consecuencia del pensamiento de que este tipo de gestión era intrínsecamente mejor para la mayoría de servicios gestionados por el estado. La sanidad no fue ajena a ello, a pesar de sus múltiples peculiaridades que la distanciaban mucho de otros servicios que en esos años gestionaban los estados.

Durante estas 2 décadas se han creado numerosos modelos, en los que la palabra *externalización* aparece como recurrente, por lo que la utilizaremos como base para la clasificación.

En resumen son:

**1.- Externalización (outsourcing):** reasignación de recursos y tareas que previamente realizaba directamente la administración pública a otra empresa externa a través de un contrato. Una función puede estar externalizada creando una empresa pública, o bien cediendo esa función a una empresa privada. (1)

**2.- Externalización de servicios generales:** se contratan servicios no sanitarios, como la cafetería, lavandería, mantenimiento, seguridad, alimentación, etc.

**3.- Externalización de servicios centrales:** se contratan servicios auxiliares a la función clínica (analíticas, procedimientos radiológicos, farmacia, etc.).

**4.- Externalización de centros y procesos clínicos:** la administración,

mediante contrato comercial (sometido a la justicia ordinaria), contrata o concierta con una aseguradora o un centro privado una amplia gama de servicios sanitarios para una población protegida por el aseguramiento público.

Estas modalidades de *externalización* dan lugar a los diferentes modelos de gestión en sí mismos, dentro de los cuales distinguiríamos los públicos y los privados:

**1.- Públicos:** entendiéndose como tales en los que la titularidad de los centros y áreas de asistencia siguen siendo de la administración pública. En este grupo entrarían la gestión clásica directa, los entes públicos, los consorcios, fundaciones, empresas públicas, organismos autónomos, y sociedades mercantiles públicas.

**2.- Privados:** entendiéndose como tales, respecto al tema que nos ocupa, la cesión de tareas y competencias sanitarias públicas y financiadas con dinero público a entidades privadas. Se conoce como gestión indirecta de los recursos públicos. Tendríamos 2 modelos:

**- Sin ánimo de lucro:** su fin último no es el de obtener un beneficio por la prestación de los servicios, reinvertiendo las ganancias plenamente en la provisión de los servicios. Aquí entrarían las cooperativas, fundaciones privadas (muy frecuentes en el ámbito americano, pero casi inexistentes en el español y en el europeo en general)

**- Con ánimo de lucro:** en las que su fin último es obtener un beneficio empresarial legítimo, con cuenta de resultados, accionistas, etc. Dentro de este tipo se encuentran las siguientes fórmulas: convenios, conciertos, arrendamientos y, por último, las

famosas Concesiones Sanitarias Administrativas.

Centrándonos en los 2 modelos más avanzados en cuanto a la *externalización* a favor de la gestión–propiedad privada de los servicios sanitarios sufragados con dinero público, dentro de las PPP (Asociación Publica Privada – Public Private Parnertships), estos son:

**1.- Modelo PFI (Private Finance Initiative):** es el modelo más extendido, siendo aún minoritario en los servicios de salud dónde se ha iniciado su implantación. El ejemplo más importante y estudiado es el Reino Unido. La administración pública cede, dependiendo de hasta dónde llegue el modelo, la construcción, diseño, mantenimiento, infraestructuras, tecnología del hospital a una empresa privada, normalmente por un periodo de tiempo, pagándole luego un “*alquiler*”, y revirtiendo la titularidad de los bienes a la administración pública pasado el periodo de la concesión (habitualmente 30 años). Este modelo puede incluir también la *externalización* de servicios generales. En este modelo la administración pública se reserva la administración puramente sanitaria: contratación de médicos y enfermeras, gestión de los procesos clínicos, farmacia, etc.).

**2.- Concesiones sanitarias administrativas (conocida internacionalmente en la literatura como “*modelo Alzira*”):** es un modelo muchísimo menos extendido. Supone un paso más al modelo anterior, en el cual la administración pública externaliza los centros y procesos clínicos cediendo su gestión y administración a una empresa privada. El “*modelo Alzira*” incluye en esta *externalización* no sólo el centro sanitario, también la gestión privada de todo el área sanitaria, incluyendo la

asistencia primaria, quedando así todo el área sanitaria bajo la gestión de la concesionaria privada. La administración financia a la concesionaria mediante *el pago per cápita*, que es una cantidad fija por habitante y año. El pago anual de la administración se hace multiplicando esa cantidad por los habitantes del área que cubre la concesionaria. Los beneficios se obtienen por parte de la concesionaria reduciendo los costes para que en el balance anual la cifra de coste sea inferior a la cantidad pagada por la administración pública. Es una relación contractual en la que la propiedad, financiación y control son públicos y su gestión enteramente privada.

### **Ventajas y desventajas teóricas de los modelos**

Una vez acabada la nomenclatura y situados en el contexto nacional e internacional de crisis intentaremos primero ver las ventajas y desventajas teóricas de estos 2 modelos, y posteriormente el análisis en la literatura de la práctica en el terreno de la eficiencia y rentabilidad de ambos. (2)

#### **A) El modelo PFI:**

**A.1.- Ventajas teóricas:** proporciona una financiación a corto plazo para la construcción de infraestructuras sanitarias muy costosas (vg: hospitales), que de otra manera, según interpretaciones, la administración no sería capaz de conseguir. La administración no computa como déficit/deuda la construcción de esas infraestructuras a corto plazo. La gestión de servicios no estratégicos queda en manos privadas, con unos instrumentos de gestión para ellos de los que la administración carece por legislación (al menos en la gestión

clásica pública que no en el caso de Fundaciones o Empresas Públicas).

**A.2.- Desventajas teóricas:** el beneficio de la financiación a corto plazo se pierde ya a medio plazo, resultando más costoso todo el proceso para la administración. La deuda tan sólo se retrasa. Los costes administrativos se elevan a medio plazo a costa de los gastos intrínsecos de la gestión privada. La convivencia de diferentes modelos de gestión en el mismo núcleo administrativo de negocio genera tensiones derivadas de objetivos diferentes. Puede haber disminución de recursos para la asistencia puramente sanitaria derivados de pagar los costos de las infraestructuras y de la gestión privada.

## **B) La concesión administrativa sanitaria (“el modelo Alzira”):**

**B.1.- Ventajas teóricas:** la administración se *desentiende de la gestión*, entiendo que la gestión privada per se es mejor que la pública. Los beneficios económicos generados por la concesión *reportan en la sociedad* entendiéndose por tal a las empresas concesionarias. Las empresas concesionarias tienen *instrumentos de gestión*, sobre todo en *el capítulo de personal*, en forma de incentivos y sanciones, de los que carece la administración pública y que pueden hacer más rentable el modelo. Los sanitarios podrían estar más *implicados* en la reducción de costes y estandarización de procesos, pudiendo teóricamente beneficiarse económicamente a la par que la empresa concesionaria. Focalización a competencias esenciales y distintivas, *reducción de costes* de producción y optimización de recursos. *Derivación de los riesgos financieros* desde la administración pública a la empresa concesionaria. Al ser responsable de un área sanitaria a la

concesionaria teóricamente le interesaría implementar *medidas de prevención* de la enfermedad para disminuir costes. (3)

**B.2.- Desventajas teóricas:** existen riesgos estratégicos de *monopolio y oligopolio* al no existir una verdadera competencia ni libre mercado, tal cual se entiende desde una óptica liberal: las concesionarias pueden atrapar a la administración pública, mediante la acumulación de poder, información, dificultando de manera extrema la relación/regulación. *Ausencia de regulación en la mayoría de los procesos* (ausencia efectiva de control), al no existir legislación clara, más allá de recomendaciones de sociedad científica, y al no poder de manera operativa, dada la *incertidumbre inherente* a los procesos sanitarios envueltos en constantes cambios tecnológicos y de práctica clínica, plasmar en los acuerdos contractuales con las concesionarias nada más que líneas generales. Por ello, *se deja a discreción de estas* los estándares de calidad de numerosos procesos, pudiendo en muchos casos disminuir la calidad objetiva. Los instrumentos de gestión en cuanto a recursos humanos pueden derivar en un *empobrecimiento de la profesión sanitaria*, con más horas de trabajo, por menor sueldo, y menor libertad en la asistencia clínica. Existe la posibilidad de rescate por parte de la administración pública, por lo que el riesgo para la entidad concesionaria es mínimo, quedando en cuestión de nuevo, desde una óptica de libre mercado, el modelo de concesión administrativa sanitaria. *Perdida de flexibilidad* a la hora de enfrentarse con las cambiantes necesidades sanitarias. Problemas respecto a la formación de nuevos profesionales, dentro de un modelo formativo excelente basado en la formación en hospitales universitarios públicos, y en la investigación, carente

de beneficios empresariales a corto plazo. (19)

### **Análisis de los modelos en la práctica según la literatura médico-científico-económica**

Antes de pasar al análisis de la literatura médico-científico-económica sobre la eficiencia y rentabilidad de estos modelos, en la práctica tenemos que dedicar 2 párrafos de nuevo a la nomenclatura.

En la literatura internacional en el análisis de eficiencia y calidad de los servicios sanitarios se distingue frecuentemente respecto a las entidades proveedoras de servicios, sobre todo en Estados Unidos y Canadá, **entre las que son con ánimo de lucro y sin ánimo de lucro**. De manera resumida, en Estados Unidos la mayoría de hospitales están regentados por entidades sin ánimo de lucro, entidades que no esperan obtener beneficios económicos para accionistas de su misión sanitaria, y que reinvierten los mismos en la tecnología, infraestructuras y sueldos y recursos humanos de sus instituciones. Ese tipo de entidades están prácticamente ausentes en Europa y en nuestro país, siendo asimilables a la asistencia pública.

En Estados Unidos este tipo de hospitales supone cerca de un 50% del total, el doble que los de con ánimo de lucro (similares a las entidades concesionarias españolas) que no llegan al 25%, quedando el resto para hospitales públicos, ya sea federales, estatales o locales (bastantes de ellos de la red Medicare bajo dirección militar, considerados en la actualidad líderes en la asistencia y rentabilidad contra lo que se pensaba hace 20 años).

### **El modelo PFI**

Como ya hemos comentado antes es el más extendido y el más estudiado en Europa, ya que ha tenido una importante implantación en Inglaterra, país con una dilatada tradición civil en analizar los movimientos que tienen trascendencia para su sociedad de manera intelectualmente elevada por encima de partidismos. (7)

La mayoría de los análisis coinciden en el **fracaso** del modelo desde todos los puntos de vista, tanto de eficacia, como de rentabilidad y calidad de la asistencia.

La razón estriba en que los costes elevados, por encima finalmente de los que hubieran sido con una financiación pública directa de estos servicios e infraestructuras sanitarios, ha degenerado en un **recorte** por la misma administración pública de los **servicios** propiamente sanitarios, con reducción de camas hospitalarias, quirófanos y camas de UCI entre otros. En este caso el perjuicio en la calidad es indirecto: el ahorro y la capacidad de financiación a corto plazo para la construcción de infraestructuras sanitarias ha generado un problema de deuda y de dificultad de financiación de los servicios sanitarios esencia del sistema. A la administración no le queda más remedio que disminuir esas prestaciones para hacer frente a los compromisos financieros adquiridos. (6)

Esto ha puesto absolutamente en cuestión el modelo en el Reino Unido, también por parte de los gestores iniciadores del mismo.

A la vez hay una alerta en la sociedad civil sobre la aparición de un **estado en la sombra**, donde un pequeño número de empresas tiene grandes participaciones y prácticamente el control de servicios públicos esenciales, con pruebas según un informe de la **Social Enterprise UK** (22) de que las

empresas privadas concesionarias con ánimo de lucro están proporcionando servicios de calidad objetiva más bajos en un intento de maximizar los beneficios. Se está gestando una ley en el Reino Unido por el actual gobierno para favorecer la competencia por la concesión de estos servicios a entidades sin ánimo de lucro y con valor social, ya que se entiende **que son servicios estratégicos**, y que el modelo con ánimo de lucro ha fracasado en este terreno. Este fracaso ha llevado también a cuestionarse seriamente este modelo a la Organización Mundial de la Salud, que de saludarlo como una posible alternativa a principios de la década pasada ha pasado a no recomendarlo. (4, 17)

#### **El modelo concesión administrativa sanitaria (“modelo Alzira”):**

No ha sido analizado en la literatura científico-médico-económica como tal. Aunque si podemos analizarlo en 3 vertientes: la literatura anglosajona canadiense y americana, sobre la comparación en efectividad, calidad objetiva y rentabilidad de las concesionarias y/o hospitales con ánimo de lucro, y las sin ánimo de lucro y/o públicas: los informes de entidades no independientes pero con prestigio (informe IASIST, e informe CSIT), y el modelo en sí mismo con la historia del hospital en que se basa. (15, 16)

Es muy conocido por su prestigio, seriedad e independencia en la metodología, miembro de la colaboración Cochane, el grupo canadiense de P. J. Devereaux, más conocido en nuestro país por el estudio POISSE sobre el riesgo cardiológico perioperatorio y la administración de betabloqueantes entre otros. Nosotros tenemos el placer de conocerle personalmente y haber trabajado con él en sus estudios de riesgo perioperatorio.

Su grupo ha demostrado mediante varios meta-análisis de la evidencia publicada que los pacientes atendidos en entidades privadas **con fines de lucro tienen mayores riesgos de las tasas ajustadas de mortalidad** que aquellos atendidos en entidades privadas sin fines de lucro (asimilables, salvando las circunstancias, a los centros clásicos públicos o, como mínimo, a las fundaciones o empresas públicas). La incertidumbre que existía sobre las implicaciones económicas de estas formas de prestación de asistencia sanitaria también fueron resueltas con un nuevo meta-análisis en el que se demuestra que los centros privados **con ánimo de lucro son más caros, hasta casi un 20% más**, que los hospitales sin fines de lucro. Anteriormente ya habían demostrado unos mayores costes y disminución de la calidad en procesos tan comunes y sensibles como la hemodiálisis. (9, 13)

Estos resultados coinciden con otros estudios publicados en revistas de enorme prestigio como el NEJM, o con un debate situado ahora en los mismos Estados Unidos. La crisis está afectando, aún dentro de la reforma sanitaria impulsada por la actual administración americana, a las entidades sin ánimo de lucro, con compra constante de estas entidades clásicas en la asistencia sanitaria americana por entidades con ánimo de lucro. En la lista independiente de los mejores centros sanitarios de Estados Unidos, Top ten, **la mayoría son sin ánimo de lucro**, estando en la lista de 2.011 (para la comprobación de este dato por el lector): Banner Del E. Webb Medical Center, Sun City West, Arizona., Mayo Clinic Hospital, Phoenix, Arizona. Hoag Memorial Hospital Presbyterian, Newport Beach, California. Saint John's Health Center, Santa Monica, California. Saint Vincent Medical Center, Los Angeles,

California. Centura Health - Penrose St. Francis Health Services, Colorado Springs, Colorado. Flagler Hospital, Saint Augustine, Florida. Kendall Regional Medical Center, Miami, Florida. Munroe Regional Medical Center, Ocala, Florida. Bay Medical Center, Panama City, Florida. Casi todas ellas sin ánimo de lucro). (8)

Cuando se analizan los modelos en otros países, incluido el español, por revisores independientes las conclusiones son las mismas. No hay evidencia de que “*el modelo Alzira*”, ni otros menores aún en sus concesiones a las empresas privadas proveedoras de servicios, sean mejores. Es más, todo indica que en costes, flexibilidad, calidad y gestión de la complejidad hay muchas más sombras que luces en este tipo de modelos que estamos analizando.

En España hay varios informes, siendo los más relevantes entre otros los de IASIST y el CSIT. Ambos informes son muy interesantes, aunque no son relevantes desde el punto de vista médico, al no estar revisadas sus cifras, tener ambos un gran componente intencional, tanto en el lenguaje con el que se expresan como respecto a las cifras que manejan. Al no estar publicados en revistas con revisores es difícil saber si sus cifras son correctas o se mezclan, como en el caso de IASIST, diversos modelos de gestión mixta con privada, o por no tener el acceso a todas las cifras en el segundo.

Eso nos sirve para apuntar una de las carencias del sistema sanitario per se de manera internacional, sobre todo respecto a las concesionarias privadas con ánimo de lucro: la ausencia de transparencia en los datos y cifras que manejan, amparados en el derecho privado, y la dificultad extrema de regulación de sus actividades en la práctica por los organismos públicos, en

este caso la administración pública sanitaria.



By Pablo Enzo (Own work) [Public domain], via Wikimedia Commons

El “*modelo Alzira*” se inició como una externalización de un centro, el [Hospital de La Ribera Alzira](#) el año 1.998. Ese modelo fracasó económicamente al cabo de 5 años, pidiendo el rescate la concesionaria, consiguiendo una indemnización de la administración autonómica en base a los posibles beneficios no obtenidos. Posteriormente, se le readjudicó la concesión, esta vez externalizando todo el área sanitaria, **considerando esta esencial para que el modelo fuera rentable**. Dentro de la lógica intrínseca del “*modelo Alzira*”, la primaria es esencial para su rentabilidad, las empresas concesionarias **deben tener asegurado una cifra de usuarios suficiente con un precio per capita** tal que, aunque ajustado, asegure al final el beneficio, dado que si no el modelo no tendría sentido. (18) Este modelo trae consigo, como efecto secundario, la reestructuración y agrupación de servicios sanitarios complejos públicos, lo que tampoco parece haber demostrado su rentabilidad en términos de eficacia y calidad en el Reino Unido. (5, 20)

Parfraseando a Woolhandler en sus magníficos editoriales del *Canadian Medical Journal* y del *British Medical Journal*, las entidades con ánimo de

lucro en la asistencia sanitaria *tienen el derecho y el deber de obtener beneficios*, y eso se traduce en que **son maximizadores de beneficios y no minimizadores de costos**. Además, como ya se ha comentado anteriormente en las desventajas teóricas, muchos de los requisitos previos para el mercado de libre competencia descritos en los libros de texto de economía están ausentes en estos modelos de asistencia sanitaria. (10, 14)

Esto puede llevar a prácticas desiguales, en las que influyen la cultura social-empresarial del país, la honradez y compromiso empresarial/social de la compañía aseguradora/concesionaria, y los mecanismos controladores/reguladores de la administración.

En países con mucha mayor tradición de aseguramiento privado que el nuestro se traduce en las diferencias entre las entidades con ánimo de lucro y sin ánimo de lucro.

En el caso de las entidades con ánimo de lucro las diferencias, al no existir una regulación clara, se pueden traducir en ocasiones en opacidad, mala praxis o, directamente, fraude. Además, la gestión de recursos humanos puede orientarse hacia bajos salarios respecto a las horas trabajadas para el personal sanitario y a una elevación exponencial de las retribuciones de los CEO y directivos en general, haciendo según diversos estudios finalmente incluso más caros los gastos de la gestión administrativa. Hay aseguradoras con ánimo de lucro en todo el mundo, honestas y con un compromiso con la minimización de costes para la obtención legítima de beneficio, pero lo que se deduce de los estudios y experiencias similares (no la misma que el “*modelo Alzira*” exactamente) es que, al no existir mecanismos reguladores, finalmente se basa todo en la confianza

ciega en que las empresas concesionarias actuarán siempre correctamente, lo que en unos casos afortunadamente será así y en otros desgraciadamente no.

La crisis no se está empleando como una oportunidad para hacer una verdadera reforma del sistema sanitario en profundidad más allá de soluciones impulsadas por el corto plazo. A los profesionales no se les da un papel activo en la búsqueda de soluciones y, sin embargo, son imprescindibles para que se produzca un cambio verdaderamente sustancial que perdure en el tiempo. Hay una total ausencia de un discurso científico serio en las discusiones y políticas propuestas por los actores políticos de la escena sanitaria. (21)

Qué soluciones hay, o que alternativas se proponen desde diversos ámbitos en la literatura médica:

1.- Favorecer los instrumentos de gestión en los centros directamente gestionados por la administración pública. Dentro de estos, favorecer la gestión directa por parte de los responsables directos de la atención: los médicos y demás personal sanitario.

2.- Favorecer, regular, legislar y profesionalizar mecanismos de control, regulación y estandarización de procesos para asegurar unos mínimos de calidad asistencial y rentabilidad, tanto en los centros privados, públicos y asociaciones público-privadas.

3.- Reinventar la gestión pública mediante una cultura de servicio. En los hospitales públicos, entre otras cosas, huir de la fascinación por los procesos complejos y situarlos en su justa medida, y dedicar la atención a la alta estandarización de los procesos también complejos pero posibles de estandarizar.

4.- Transparencia, responsabilidad, lucha contra la corrupción y la politización excesiva de las políticas sanitarias.

5.- Creación de estructuras dinámicas de gobierno de los hospitales, con órganos colegiados integrados por gestores cualificados, médicos y diversos estamentos implicados.

6.- Aceptar como propios por los profesionales sanitarios y la administración pública los siguientes valores en la gestión de los servicios sanitarios: eficiencia, calidad, profesionalismo, transparencia, ética de servicio público, empresarialismo público, descentralización responsable, transferencia de riesgos, seguridad en los procesos, evaluación de resultados.

Y, finalmente, como solución global, asumiendo la responsabilidad que la sociedad nos demanda y que nosotros mismos queremos asumir, está el **profesionalismo médico**.

## PROFESIONALISMO MÉDICO

(Definido como sigue por la Organización Médica Colegial Española)

*Conjunto de principios éticos y deontológicos, valores y conductas que sustentan el compromiso de los profesionales de la medicina con el servicio a los ciudadanos, que evolucionan con los cambios sociales, y que avalan la confianza que la población tiene en los médicos.*

Principios fundamentales del profesionalismo médico

*El ejercicio de la profesión médica exige anteponer los intereses del paciente a los del propio médico, base*

*de la confianza que el paciente deposita en el médico, exigencia que se sustenta, entre otros principios, por los de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia.*

Valores fundamentales del profesionalismo médico

*Los profesionales de la medicina ponen a disposición de la población los conocimientos, las habilidades y el buen juicio para promover y restablecer la salud, prevenir y proteger de la enfermedad, y mantener y mejorar el bienestar de los ciudadanos. En consecuencia, la práctica diaria del profesional médico implica el compromiso con: la integridad en la utilización del conocimiento y en la optimización de los recursos, la compasión como guía de acción frente al sufrimiento, la mejora permanente en el desempeño profesional para garantizar la mejor asistencia posible al ciudadano, la colaboración con todos los profesionales e instituciones sanitarias en aras de la mejora de salud y el bienestar de la población.*

## Bibliografía

- 1.- José R. Repullo. Externalización, eficiencia y calidad (primera parte). Publico y privado en la sanidad. Rev Calidad asistencial, 2008; 23 (2): 83-87. ([PubMed](#))
- 2.- José R. Repullo. Externalización, eficiencia y calidad (segunda parte). Publico y privado en la sanidad. Rev Calidad asistencial, 2008 ; 23 (3): 131-5. ([PubMed](#))
- 3.- Remedios Calero. Martina G. Gallarza. La concesión administrativa como modelo de la gestión sanitaria en la comunidad valenciana. Cuadernos de CC.EE., N° 59, 2010, pp 37-63. ([pdf](#))
- 4.- Martin McKee, Nigel Edwards, Rifat Atun. Public-private partnerships for hospitals. Bulletin of the World Health Organization, Nov 2006, 84 (11) 890-898. ([pdf](#))

- 5.- Written evidence from Dr Sally Ruane (CFI 44). 2011. ([html](#))
- 6.- Carolyn Hughes Tuohy, Colleen M Flood, Mark Stabile. How does private finance affect public health care systems? Marshaling the evidence from OECD nations. Journal of health politics, policy and law, vol 29, nº 3, 2004. ([pdf](#))
- 7.- Zosia Kmietowicz. Outsourcing favours private companies and is unsustainable, says report. BMJ 2012 ; 345: E 8234/DOI: 10.1136/BMJ.E8234 (DECEMBER 2012) ([PubMed](#))
- 8.- America's Best Hospitals: An Achievement that Saves and Improves Lives ([html](#))
- 9.- [Devereaux PJ](#), [Heels-Ansdell D](#) et al. Payments for care at private for-profit and private not-for-profit hospitals: a systematic review and meta-analysis. *CMAJ*. 2004 Jun 8;170(12):1817-24. ([PubMed](#)) ([pdf](#))
- 10.- [Steffie Woolhandler](#) and [David U. Himmelstein](#). The high costs of for-profit care. *CMAJ*. 2004 June 8; 170(12): 1814–1815. ([PubMed](#)) ([pdf](#))
- 11.- E. M. Silverman et al. THE ASSOCIATION BETWEEN FOR-PROFIT HOSPITAL OWNERSHIP AND INCREASED MEDICARE SPENDING. *N Engl J. Med* 1999;341:420-6. ([PubMed](#)) ([pdf](#))
- 12.- [Devereaux PJ](#), [Choi PT](#) et al. A systematic review and meta-analysis of studies comparing mortality rates of private for-profit and private not-for-profit hospitals. *CMAJ*. 2002 May 28;166(11):1399-406. ([PubMed](#)) ([pdf](#))
- 13.- Godlee F. The market has failed. *Brit Med J* 2007; 335: 1116 – 7. ([en web](#))
- 14.- Woolhandler S, Himmelstein D. Competition in a publicly funded healthcare system. *Brit Med J* 2007; 335: 1126-9. ([PubMed](#)) ([pdf1](#)) ([pdf2](#))
- 15.- Evaluación de los resultados de los hospitales en España según su modelo de gestión. IASIST 2012. ([html](#))
- 16.- Informe comparativo coste/eficiencia de la gestión pública y la gestión privada de la sanidad de la comunidad de Madrid. (informe CSIT). ([html](#))
- 17.- Kent Buse, Amalia Waxman. Public-private health partnerships: a strategy for WHO. *Bulletin of the World Health Organization*, 2001, 79: 748–754. ([html](#))
- 18.- Hospital de La Ribera. Wikipedia. ([html](#))
- 16.- J.R. Repullo. Los servicios públicos de salud a debate ¿Externalización o nueva gestión pública? *Revista Abaco*. 2º Epoca. Vol 4, nº 62, Dic 2009. ([pdf](#))
- 20.- Manual Bosch Arcos. Modelo Alzira, la ambición de una nueva sanidad. ([html](#))
- 21.- J. Gené-Badia et al. Spanish health care cuts: Penny wise and pound foolish? *Health Policy* 106 (2012) 23–28. ([PubMed](#))
- 22.- Zoe Williams. The Shadow State: a report about outsourcing of public services. A report by Social Enterprise UK. ([html](#))

---

#### Correspondencia al autor

*Fernando Ramasco Rueda*  
[gorria66@gmail.com](mailto:gorria66@gmail.com)  
*Servicio de anestesia y reanimación.*  
*H.U. La Princesa. Madrid*

---

[Publicado en AnestesiaR el 12 de diciembre de 2012](#)

