



UNIVERSITAT  
POLITÈCNICA  
DE VALÈNCIA

ADE

Facultad de Administración  
y Dirección de Empresas /UPV

UNIVERSITAT POLITÈCNICA DE VALÈNCIA

Facultad de Administración y Dirección de Empresas

Análisis del modelo de Colaboración Público Privada (CPP)  
en el Sistema Nacional de Salud Español.

Trabajo Fin de Grado

Grado en Gestión y Administración Pública

AUTOR/A: Sánchez Aguayo, Andrea

Tutor/a: Vivas Consuelo, David José Juan

Cotutor/a: González de Julián, Silvia

CURSO ACADÉMICO: 2024/2025

## AGRADECIMIENTOS

Mi más sincero agradecimiento a la Universitat Politècnica de València, la cual ha sido mi casa durante estos 4 años de formación académica y personal. Gracias por brindarme una educación de calidad e impulsarme a crecer tanto profesional como humanamente.

De manera muy particular, agradecer a mis tutores David Vivas Consuelo y Silvia González de Julián por su acompañamiento, orientación y apoyo. Su dedicación y conocimiento han sido un motor inspirador para llegar a mi meta.

Mencionar de forma especial a mi familia, mi fuente de energía. Agradecida por creer en mí incluso en los momentos en que yo misma dudaba. Gracias por vuestro apoyo incondicional, que ha sido el pilar fundamental en cada etapa de este recorrido.

A todos los que, de una forma u otra, habéis formado parte de este camino: gracias de corazón.



## ÍNDICE

<b>RESUMEN EJECUTIVO .....</b>	<b>8</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>9</b>
<b>LISTA DE ABREVIATURAS.....</b>	<b>10</b>
<b>1. INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>11</b>
1.1. JUSTIFICACIÓN Y CONTEXTO DEL ESTUDIO .....	11
1.2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN .....	11
1.2.1. <i>Objetivo general</i> .....	11
1.2.2. <i>Objetivos específicos</i> .....	11
1.3. ESTRUCTURA DEL TRABAJO .....	12
1.4. METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN .....	13
1.4.1. <i>Enfoque metodológico</i> .....	13
1.4.2. <i>Fuentes de información y técnicas de análisis</i> .....	13
<b>2. MARCO TEÓRICO Y CONTEXTUAL .....</b>	<b>15</b>
2.1. CONTEXTO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD ESPAÑOL .....	15
2.1.1. <i>Características generales del SNS</i> .....	15
2.1.2. <i>Retos y desafíos actuales</i> .....	15
2.2. MARCO CONCEPTUAL DE LAS COLABORACIONES PÚBLICO PRIVADAS.....	18
2.2.1. <i>Definición y características de las CPP</i> .....	18
2.2.2. <i>Tipologías de CPP en el sector sanitario</i> .....	18
2.2.3. <i>Ventajas y limitaciones del modelo CPP</i> .....	19
2.3. MARCO TEÓRICO: FUNDAMENTOS ECONÓMICOS Y DE GESTIÓN .....	19
2.3.1. <i>Teoría de la eficiencia en la provisión de servicios públicos</i> .....	19
2.3.2. <i>Modelos de financiación sanitaria</i> .....	20
2.4. MARCO NORMATIVO .....	20
2.4.1. <i>Normativa europea sobre CPP</i> .....	20
2.4.2. <i>Legislación española aplicable</i> .....	21
2.4.3. <i>Normativa autonómica específica</i> .....	21
<b>3. ANÁLISIS EMPÍRICO DEL MODELO CPP EN ESPAÑA.....</b>	<b>23</b>
3.1. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL MODELO .....	23
3.2. TAXONOMÍA DE MODELOS CPP EN EL SECTOR SANITARIO ESPAÑOL .....	23
3.3. ESTUDIO LONGITUDINAL DE ENTIDADES GESTORAS CPP EN ESPAÑA.....	27
3.4. ESTUDIO DE LA FINANCIACIÓN Y RENTABILIDAD DEL MODELO ALZIRA EN LA CV. ....	34
3.4.1. <i>Limitaciones del estudio</i> .....	34
3.4.2. <i>Estructura de financiación y sistema de pago</i> .....	35
3.4.3. <i>Indicadores de rendimiento y eficiencia</i> .....	38
3.5. ANÁLISIS DEL PROCESO DE REVERSIÓN DE LAS CONCESIONES ADMINISTRATIVAS EN LA CV. ....	55
3.5.1. <i>Evolución del proceso de reversión</i> .....	55
3.5.2. <i>Factores influyentes en el proceso de reversión</i> .....	55
3.5.3. <i>Estudios de caso: experiencias específicas</i> .....	60
3.5.4. <i>Situación actual</i> .....	65
<b>4. CONCLUSIONES.....</b>	<b>67</b>
4.1. CONCLUSIONES PRINCIPALES .....	67
4.1.1. <i>Sobre la taxonomía y evolución de los modelos CPP</i> .....	67
4.1.2. <i>Sobre la evolución de las entidades gestoras</i> .....	67
4.1.3. <i>Sobre la estructura de financiación</i> .....	67
4.1.4. <i>Sobre la viabilidad económico-financiera</i> .....	68
4.1.5. <i>Sobre el proceso de reversión</i> .....	68
4.2. FACTORES CRÍTICOS IDENTIFICADOS .....	69

4.3.	IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA Y LA POLÍTICA .....	69
4.3.1.	<i>Desde la perspectiva pública</i> .....	69
4.3.2.	<i>Necesidad de reversión de modelos</i> .....	69
4.3.3.	<i>Hacia modelos más híbridos</i> .....	69
<b>5.</b>	<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>71</b>
<b>6.</b>	<b>ANEXOS</b> .....	<b>75</b>
	ANEXO I: RELACIÓN DEL TRABAJO CON LOS ODS.....	75

## ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1: RESUMEN DE LAS DIFERENTES CONCESIONES SANITARIAS. ....	17
TABLA 2: SOCIOS INICIALES VS SOCIOS 2015-2021 "MODELO ALZIRA". ....	31
TABLA 3: COMPARACIÓN ENTIDADES PÚBLICAS Y PRIVADAS.....	34
TABLA 4: RATIOS LIQUIDEZ. ....	44
TABLA 5: RATIOS ENDEUDAMIENTO. ....	45
TABLA 6: RATIOS RENTABILIDAD.....	47
TABLA 7: CÁLCULO TIR Y VAN - MARINA SALUD.....	47
TABLA 8: RATIOS LIQUIDEZ TORREVIEJA SALUD UTE. ....	53
TABLA 9: RATIOS ENDEUDAMIENTO TORREVIEJA SALUD UTE. ....	52
TABLA 10: RATIOS RENTABILIDAD TORREVIEJA SALUD UTE.....	54
TABLA 11: CÁLCULO TIR Y VAN - TORREVIEJA SALUD UTE. ....	55

## ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1: TIPOS DE MODELO DE CPP. ....	24
FIGURA 2: ÁMBITO DE RESPONSABILIDADES. ....	26
FIGURA 3: CASOS REPRESENTATIVOS DE CPP EN ESPAÑA. ....	28
FIGURA 4: EVOLUCIÓN "MODELO ALZIRA". ....	57
FIGURA 5: POSICIONAMIENTO ACTORES - REVERSIÓN. ....	59

## ÍNDICE DE GRÁFICAS

GRÁFICA 1: PRIMA PER CÁPITA. ....	37
GRÁFICA 2: POBLACIÓN PROTEGIDA.....	37
GRÁFICA 3: PAGOS ANUALES. ....	38
GRÁFICA 4: COMPOSICIÓN ACTIVO MARINA SALUD.....	41
GRÁFICA 5: COMPOSICIÓN PASIVO MARINA SALUD.....	42
GRÁFICA 6: FONDO DE MANIOBRA MARINA SALUD. ....	43
GRÁFICA 7: COMPOSICIÓN ACTIVO TORREVIEJA SALUD UTE. ....	50
GRÁFICA 8: COMPOSICIÓN PASIVO TORREVIEJA SALUD UTE. ....	50
GRÁFICA 9: FONDO DE MANIOBRA TORREVIEJA SALUD UTE. ....	51

## RESUMEN EJECUTIVO

El modelo de Colaboración Público Privada (CPP) en España más importante en las últimas décadas es el “modelo Alzira”, originado en la Comunidad Valenciana con la creación del Hospital de la Ribera, en la comarca de la Ribera Alta. El primer hospital público gestionado bajo la modalidad de concesión administrativa, con el propósito de mejorar la asistencia sanitaria, ofreciendo servicios de calidad y facilitando el acceso de la población a los mismos.

El propósito principal de este trabajo ha sido analizar los modelos de Colaboración Pública Privada (CPP) en el Sistema Nacional de Salud Español, prestando especial atención a su estructura organizativa, mecanismos de financiación y evolución a lo largo del tiempo, a través de estudios de casos concretos de hospitales.

Para ello, se han estudiado datos tanto asistenciales como económicos relevantes que, permiten evaluar el funcionamiento y desarrollo de las concesiones público-privadas en el ámbito sanitario. Las fuentes principales utilizadas han sido la memoria anual de la Conselleria de Sanitat, el Portal de Transparencia de la Generalitat Valenciana y diversas publicaciones especializadas.

A partir del análisis de las fuentes secundarias, se ha podido obtener una evaluación del modelo de CPP en el sector sanitario desde varias dimensiones. En primer lugar, se han analizado los distintos tipos de Colaboración Público Privada existentes en España y la evolución de las entidades encargadas de su gestión. En segundo lugar, con un enfoque más centrado en la Comunidad Valenciana, se ha estudiado la financiación y rentabilidad del “modelo Alzira”, así como el proceso de reversión actual de estas concesiones administrativas.

Palabras clave:

- Gestión sanitaria
- Colaboración Público Privada
- Concesiones administrativas
- Reversión
- Modelo Alzira

## ABSTRACT

The most important Public-Private Partnership (PPP) model in Spain in recent decades is the "Alzira model," originating in the Valencian Community with the creation of the Ribera Alta Hospital. This was the first public hospital managed under an administrative concession, with the aim of improving healthcare by offering quality services and facilitating public access.

The main purpose of this work was to analyze the Public-Private Partnership (PPP) models in the Spanish National Health System, paying special attention to their organizational structure, financing mechanisms, and evolution over time, through specific hospital case studies.

To this end, both relevant healthcare and economic data were studied to assess the functioning and development of public-private concessions in the healthcare sector. The main sources used were the annual report of the Regional Ministry of Health, the Transparency Portal of the Generalitat Valenciana, and various specialized publications. Based on the analysis of secondary sources, we have been able to assess the PPP model in the healthcare sector from several perspectives. First, we have analyzed the different types of Public-Private Partnerships existing in Spain and the evolution of the entities responsible for their management. Second, with a more focused focus on the Valencian Community, we have studied the financing and profitability of the "Alzira model," as well as the current reversion process of these administrative concessions.

Keywords:

- Health management
- Public Private Collaboration
- Administrative concessions
- Reversal.
- Alzira Model

## LISTA DE ABREVIATURAS

CPP → Colaboración Público Privada.

CV → Comunidad Valenciana.

GVA → Generalitat Valenciana.

CCAA → Comunidades Autónomas.

SNS → Sistema Nacional de Salud

APS → Atención Primaria Sanitaria.

ASE → Atención Sanitaria Especializada.

UTE → Unión Temporal de Empresas.

SISCAT → Sistema Sanitari Integral d'utilització pública de Catalunya.

SERMAS → Servicio Madrileño de Salud.

TIR → Tasa Interno de Rentabilidad.

VAN → Valor Actual Neto.

ROA → Retorno de Activos.

ROE → Retorno sobre el Patrimonio Neto.

BAlI = Beneficio antes de impuestos.

PT = Pasivo Total.

AT = Activo Total.

PN = Patrimonio Neto.

PFI (Private Finance Inicial)

## 1. INTRODUCCIÓN

### 1.1. *Justificación y contexto del estudio*

La protección de la salud y seguridad de la población es un derecho fundamental de alta importancia, y este viene sustentado, entre otros, por un sistema sanitario adecuado.

Por tanto, la importancia de este trabajo ya viene definida simplemente por su finalidad, la de querer mejorar este sistema sanitario.

Y la manera de mejorarlo, sería apostando por la Colaboración Pública Privada que se pretende estudiar, una solución innovadora para enfrentar posibles situaciones críticas que se pueden presentar. Este sistema trata de que, de forma cooperativa, interactúen actores públicos y privados uniendo sus recursos de manera que se consiga una gestión sanitaria más eficiente.

En España, ya se ha dado esta iniciativa con el “modelo Alzira”, pero actualmente se encuentra en declive, pasando de abarcar la gestión de cinco hospitales a uno.

Por ello, el presente trabajo, además, nace de la inexistencia de un análisis profundo sobre esta gestión colaborativa sanitaria, el cuál permita apostar por este modelo de gestión hospitalaria, dónde el sector privado tiene una mayor capacidad para manejar la inversión en hospitales, liberando así al sector público de la considerable inversión inicial. Llegando, de esta forma, a conseguir una sociedad asistida sanitariamente de manera completa, con una atención más eficiente y eficaz para todos los usuarios.

### 1.2. **Objetivos de la investigación**

#### 1.2.1. *Objetivo general*

El presente trabajo tiene como objetivo general analizar los modelos de Colaboración Pública Privada (CPP) en el Sistema Nacional de Salud Español, su estructura organizativa, financiación y evolución, a través de casos concretos de hospitales.

#### 1.2.2. *Objetivos específicos*

Me centraré en cuatro objetivos específicos, los cuáles tratan de:

1. Analizar los diferentes tipos de CPP en sanidad.
2. Estudiar la evolución de las entidades gestoras de CPP en sanidad en España.
3. Estudiar la financiación y rentabilidad del modelo Alzira en la Comunidad Valenciana (CV).
4. Analizar el proceso de reversión de las Concesiones Administrativas en la CV.

### **1.3. Estructura del trabajo**

La estructura de este trabajo es la siguiente. En primer lugar, en la introducción, se presenta el objetivo principal de este trabajo, así como los específicos y la metodología empleada para su desarrollo.

Seguidamente, se describe el contexto; abarcando tanto un marco teórico y conceptual, como normativo. Dónde se contextualiza el Sistema Nacional de Salud Español, así como los principales retos y desafíos actuales sanitarios. Además, se introduce el “modelo Alzira”, un caso concreto de la Comunidad Valenciana de este tipo de colaboraciones.

Así, se pasa al análisis de este trabajo, el cual se estructura en cinco partes en relación con los objetivos específicos fijados y siempre teniendo como base el ejemplo del “modelo Alzira”, caso predominante como objeto de estudio en este trabajo. Primeramente, se empieza por los inicios de las Colaboraciones Público Privadas, con una pequeña explicación de su evolución histórica.

Seguidamente, se describirán los diferentes tipos de colaboraciones a partir de un análisis de los factores determinantes. Con esto, se pasará a un estudio longitudinal de las entidades gestoras, a partir de una cronología de casos reales, centrándose más específicamente en el caso de Alzira, dónde puede verse su cambio distributivo accionarial.

Con esto, se pasará a analizar la financiación y rentabilidad de Marina Salud y Torrevieja Salud UTE, grupos concesionarios del “modelo Alzira”, los cuales se ha podido obtener más accesibilidad a sus datos. Así, se empezará con la estructura financiera, pasando a calcular ratios de liquidez, endeudamiento y rentabilidad y, por último, se profundizará en la Tasa Interna de Retorno (TIR) y el Valor Actual Neto (VAN).

Por último, se culmina con el fin de este “modelo Alzira”, analizando el proceso de reversión desde una perspectiva política y su influencia. Conociendo el desarrollo de los acontecimientos en cada hospital. Y, además, concretando en el caso del Hospital de Elche, el cual es el único que sigue en sustentación.

Finalmente, en el cuarto apartado, se exponen las conclusiones del trabajo; con los factores críticos identificados y, las implicaciones para la práctica y la política. Y, por último, en el Anexo I se relaciona el contenido del trabajo con los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030 y en el Anexo II se presenta una cronología de la evolución del “modelo Alzira”, relacionada con la influencia política.

## 1.4. Metodología de investigación

### 1.4.1. Enfoque metodológico

Partiendo de que este modelo de CPP estudiado es muy poco transparente y que hay poca información disponible, la metodología se basará en las siguientes premisas:

- **Ámbito del estudio:** Hospitales de CPP en la Comunidad Valenciana.
- **Casos concretos de CPP:** Variedad de casos de España, centrándose de forma más exhaustiva en el “Modelo Alzira”.
- **Análisis financiero y de rentabilidad,** en más profundidad, de dos grupos concesionarios; Marina Salud y Torrevieja Salud UTE.

### 1.4.2. Fuentes de información y técnicas de análisis

- **Fuentes de datos:**
  - Memoria de la Conselleria de Sanitat.
  - Portal de transparencia de la Generalitat Valenciana.
  - Cuentas anuales de las empresas concesionarias.
  - SABI.
- **Revisión de la literatura:**
  - Se realizará una búsqueda bibliográfica en Web of Science y Google académico.
- **Análisis:**
  - **Modelos de CPP:** A partir de las publicaciones obtenidas.
  - **Financiación y rentabilidad:** Análisis económico y financiero a partir de las cuentas anuales históricas disponibles, literatura e informes.  
Estas cuentas anuales se encuentran en el Portal de transparencia de la Generalitat Valenciana (GVA), y se analizarán.  
Fuente de información para estudiantes: SABI.
  - **Proceso de reversión:** publicaciones, decretos y portal de transparencia de la GVA.



## 2. MARCO TEÓRICO Y CONTEXTUAL

### 2.1. Contexto del Sistema Nacional de Salud Español

#### 2.1.1. Características generales del SNS

El sistema sanitario de nuestro país está formado mayoritariamente por el Sistema Nacional de Salud (SNS), entes públicos que abarcan el 95% de este gran sistema, y el 5% restante lo forma la Mutualidad General de funcionarios Civiles del Estado (Muface). Además, encontramos la red hospitalaria privada, la cual tiene una posición complementaria en este sistema.

El escenario actual sanitario, podemos concretarlo con un indicador clave, el PIB, el cual nos muestra la parte de riqueza que se destina al gasto en salud, tanto público como privado. Según la memoria del Sistema Nacional de Salud, los últimos datos de 2024 fueron en febrero con un PIB total de 10,9%; siendo el 7,8% público y el 3,1% privado.

#### 2.1.2. Retos y desafíos actuales

Un punto decisivo, para situarnos en el escenario actual, es la pandemia del Covid-19, virus que provocó un desequilibrio en la economía sanitaria provocando economías paralizadas, así como la existencia de una población envejecida y la creciente prevalencia de los problemas crónicos de salud que amenazan con sobrecargar el presupuesto sanitario nacional. Además, la actividad asistencial sigue en aumento, y los tiempos de espera para obtener una cita en atención primaria mantienen una tendencia alcista.

Por ello, para hacer frente a los desafíos que se presentan, se requiere de una estrategia que involucre a los sistemas de salud públicos y privados. Y, en este caso, la Colaboración Público Privada se nos ofrece como una solución innovadora para conseguir ser más eficientes (Más colaboración público-privada en sanidad, por Pedro Nieto en “expansión”, 2024).

Partiendo desde los inicios, el origen de estas CPP se encuentra en la Ley 14/1986 General de Sanidad, donde el gobierno socialista estableció un Servicio Nacional de Salud universal y descentralizado en las CCAA.

Además, seguidamente, con la entrada del Partido Popular (PP) se aprobó la Ley 15/1997, donde se habilita en España un nuevo modelo de gestión indirecta de la asistencia sanitaria, dotándola de flexibilidad y autonomía. Es decir, permitió a cualquier entidad jurídica prestar y gestionar la asistencia sanitaria.

Con todo esto, se hizo posible la creación de diversas formas de gestión sanitaria, siendo la primera un contrato público privado en el Departamento de Salud de Alzira en la CV, dónde el

gobierno valenciano de derechos adjudicó en 1997, tras un proceso de licitación a la única oferta presentada por la UTE, un contrato de 10 años, prorrogable a 5 años más.

Este contrato, le adjudica la construcción y gestión de la Asistencia Sanitaria Primaria (ASP) a la empresa concesionaria, todo esto manteniendo pública la propiedad, la financiación y la gestión; mientras que el Gobierno mantiene el papel de “comisario” de la asistencia sanitaria, pagándole a la concesionaria por sus servicios.

Por ello, la iniciativa de Colaboración Público Privada (CPP) se extendió, por primera vez, el 1 de abril de 2003 en la Comunidad Valenciana, mediante el conocido “modelo Alzira”, en honor a la ciudad del sureste del Mediterráneo europeo donde se construyó este primer hospital bajo esta modalidad (*Caballer-Tarazona et al., 2016*).

La Comunidad Valenciana se convertía así en el laboratorio para implantar este modelo de privatización. Seguidamente, este modelo tuvo su expansión hacia otros hospitales como Manises, Dénia, Elche-Crevillent y Torrevieja, e incluso se implantó en otros puntos de España. Por el momento, ha sido la única colaboración formada en España.

Como resumen de las diferentes concesiones de este modelo según sus características, encontramos la tabla 1, obtenida del Portal de Transparencia de la Generalitat Valenciana y Consellería de Sanidad:

Tabla 1: Resumen de las diferentes concesiones sanitarias.

Concesión	Fecha de concesión	Fecha de inicio actividad	Población media	Prima per cápita	Socios iniciales	Socios (2015)	Actualidad
<b>Alzira 1</b> <b>Alzira 2</b>	1999 2003	01/01/1999 01/04/2003	247.355	571,04 €	Adeslas (51%) Ribera Salud (45%) Dragados (2%) Lubasa (2%)	Ribera Salud (96%) Dragados (2%) Lubasa (2%)	Reversión 01/04/2018.
<b>Torreveja</b>	2003	16/10/2006	163.072	617,66 €	Ribera Salud (40%) Asisa (35%) Centro Médico Salus Baleares (10%) Enrique Ortiz e Hijos (5%) Acciona (10%)	Ribera Salud (100%)	Reversión 16/10/2021.
<b>Dénia</b>	2005	01/02/2009	154.888	653,51 €	DKV (65%) Ribera Salud (35%)	DKV (65%) Ribera Salud (35%)	Reversión 01/02/2024.
<b>Manises</b>	2006	07/05/2009	172.596	653,51 €	Sanitas (60%) Ribera Salud (40%)	Sanitas (100%)	Reversión 07/05/2024.
<b>Elche - Crevillente</b>	2006	01/06/2010	143.311	662,82 €	Ribera Salud (60%) Asisa (40%)	Ribera Salud (100%)	En CPP.

Fuentes: Portal de Transparencia de la Generalitat Valenciana y Conselleria de Sanidad y Valero, M. (2024).

En esta tabla es de gran importancia la columna “socios 2015”, ya que es en este año donde los socios iniciales (bancos y constructoras) venden sus acciones, las cuales las compra Ribera Salud, siendo así el socio mayoritario de la mayoría de estas concesiones a partir de ese momento.

Sin embargo, como se puede observar en la tabla este modelo ahora se encuentra en proceso de reversión. Actualmente, solo queda en sustentación el Departamento de Salud de Elche-Crevillente con esta modalidad colaborativa, los otros hospitales al pasar los 15 años de contrato decidieron revertirse a su naturaleza pública.

En conclusión, la unión Público Privada en sanidad es un camino hacia la eficiencia, y esta colaboración se encuentra ligada a ser una respuesta ante una situación de crecientes dificultades sanitarias. Aun así, esta iniciativa se encuentra en declive en el territorio español, ya que como he nombrado antes, actualmente, solo contaríamos con el Hospital de Elche-Crevillente.

## **2.2. Marco conceptual de las Colaboraciones Público Privadas**

### *2.2.1. Definición y características de las CPP*

Para entender con claridad los conceptos principales a tratar en esta investigación, corresponde definir qué es la Colaboración Pública Privada en Sanidad, así como “el modelo Alzira”.

Primeramente, como concepto base, la Colaboración Público Privada trata las diferentes formas de cooperación entre las autoridades públicas y privadas y el mundo empresarial. Esta colaboración es plasmada generalmente mediante un contrato para delinear las responsabilidades de cada parte, y distribuir claramente los riesgos, concretamente, mediante una concesión administrativa.

Por ello, la CPP en Sanidad consiste en que un contratista privado construya y opere el hospital, facultad concedida a partir de un contrato, donde un organismo público lo autoriza, con su debida prima per cápita y duración del servicio.

### *2.2.2. Tipologías de CPP en el sector sanitario*

Se pueden clasificar los diferentes acuerdos de Colaboración Pública Privada en sanidad según su finalidad en cinco tipos: CPP para construir infraestructuras, CPP para construir infraestructuras y proveer servicios sanitarios, CPP para la provisión de servicios clínicos, CPP para la gestión de hospitales y CPP para la provisión de servicios no asistenciales (*Larios, D., Lomas, V. 2007*).

El “modelo Alzira” es un claro ejemplo de esta gestión sanitaria de tipo CPP para la construcción de infraestructuras y la provisión de servicios sanitarios. Esta iniciativa implica que las entidades concesionarias –Uniones Temporales de Empresas (UTE) que generalmente reúnen aseguradoras, constructoras o bancos– se encargan tanto de la construcción y el mantenimiento de las infraestructuras como de la gestión de los servicios asistenciales (Centros de Salud y Centros de Especialidades y Hospitales), a cambio de una prima anual por cada persona cubierta pagada por el órgano competente de la Comunidad Autónoma de Valencia (Comunidad

Valenciana). Esta prima anual se calcula de tal forma que el coste de la concesión sea menor que el coste de los servicios sanitarios con medios solamente públicos o menor que el coste de otras áreas geográficas que se puedan comparar (*Vivas et al., 2020*).

### **2.2.3. Ventajas y limitaciones del modelo CPP**

Las ventajas de este modelo vienen dadas por la repartición de responsabilidades y riesgos, es decir, esta unión tiene como objetivo conseguir una repartición de funciones idónea para poder conseguir un servicio final mejorado. Además, muchas otras ventajas como; la posibilidad de innovación, aprovechamiento de los puntos más fuertes de ambas partes, etc.

Pero, por el contrario, esta colaboración también tiene sus limitaciones, ya que debe de partirse de una base estructurada de responsabilidades bastante clara y robusta, para que los resultados sean exitosos.

Si se pone de ejemplo el “Modelo Alzira”, su limitación viene dada por un control público hacia la parte privada, pero con las ventajas de unir habilidades para conseguir un resultado más eficiente en la gestión sanitaria de la Comunidad Valenciana.

## **2.3. Marco teórico: fundamentos económicos y de gestión**

### **2.3.1. Teoría de la eficiencia en la provisión de servicios públicos**

La teoría de la eficiencia en la provisión de servicios públicos analiza cómo se pueden asignar y utilizar los recursos públicos de forma que se maximice el bienestar social, minimizando los costes y evitando desperdicios. Esta teoría es clave en la economía del sector público y en el análisis de modelos de gestión como la Colaboración Público Privada en sanidad.

Los factores que afectan la eficiencia de la provisión pública son los modelos de gestión, desde una gestión directa hasta la Colaboración Público Privada.

En la gestión directa el Estado produce y gestiona el servicio, a veces puede producir ineficiencias por falta de incentivos o rigidez burocrática. Por otro lado, en la CPP se busca aprovechar la eficiencia del sector privado, pero requiere mecanismos de control y evaluación para evitar abusos o pérdida de calidad.

Un buen diseño institucional debe alinear los incentivos de los gestores públicos o privados con los intereses del ciudadano (contratos basados en resultados).

La eficiencia mejora si hay mecanismos que permiten evaluar el desempeño y exigir responsabilidades.

En modelos como el Hospital de Dénia o el de Alzira se intenta combinar eficiencia técnica del sector privado con la financiación pública. Los contratos deben estar bien diseñados para garantizar eficiencia asignativa (servicios necesarios) y técnica (a bajo coste), sin perder la calidad. Además, la eficiencia dinámica depende de la capacidad del modelo para adaptarse a nuevos cambios.

### *2.3.2. Modelos de financiación sanitaria*

En cuanto a la financiación sanitaria se puede diferenciar tres tipos según modelos clásicos:

- a) Modelo Bismarck: financiación mediante cotizaciones sociales obligatorias de trabajadores y empleadores, gestionándolo con organismos mutuales sin ánimo de lucro.
- b) Modelo Beveridge: financiación a través de impuestos generales, donde el Estado organiza y proporciona los servicios de salud con una cobertura universal y gratuita en el punto de uso.
- c) Modelo de mercado privado: financiación directamente por el usuario o mediante seguros privados voluntarios, gestionándolo empresas privadas.

Por otra parte, se encuentran los modelos de Colaboración Público Privada dónde participa el sector privado en la construcción, gestión o financiación de infraestructuras sanitarias públicas; tratando una financiación pública con gestión privada mediante contratos o concesiones.

En el caso de España, se adopta un modelo Beveridge, financiado por impuestos, con una red gestionada por las Comunidades Autónomas. Pero, sin embargo, hay elementos de:

- Privatización parcial (Externalización de servicios).
- Seguros privados complementarios.
- Modelos concesionales como el “modelo Alzira”; con financiación pública capitativa y gestión privada.

## **2.4. Marco normativo**

### *2.4.1. Normativa europea sobre CPP*

La normativa europea busca garantizar que las CPP se realicen de forma eficiente, transparente y justa, protegiendo los intereses de los contribuyentes y promoviendo la competencia entre los operadores económicos.

Esta normativa se basa en el marco legal de contratos públicos y concesiones. La Unión Europea no tiene una normativa específica exclusiva para las CPP, pero regula sus instrumentos clave a través de directivas.

Directiva 2014/24/UE sobre la contratación pública, la cual regula los contratos públicos de obras, suministros y servicios. Se aplica a la mayoría de CPP contractuales cuando el poder adjudicador selecciona un socio privado a través de licitación. Además, introduce mayor flexibilidad para contratos complejos como lo sería la CPP, mediante el procedimiento de diálogo competitivo o de licitación con negociación.

Directiva 2014/23/UE sobre concesiones, la cual establece normas para la adjudicación de contratos de concesión de obras o servicios a operadores económicos. Esta se aplica cuando el operador asume el riesgo operacional.

#### *2.4.2. Legislación española aplicable*

Primeramente, se encuentra la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, dónde se establece un Servicio Nacional de Salud universal y descentralizado en las CCAA, reconociendo a estas, competencias en este ámbito, además, con la opción de incorporar distintas fórmulas de gestión; abriendo así la puerta a la colaboración con entidades privadas.

Seguidamente, se establece la Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre la habilitación del Sistema Nacional de Salud. Esta ley es clave, ya que autoriza a las CCAA a colaborar con entidades privadas para la gestión sanitaria, bajo fórmulas como concesiones, fundaciones, consorcios o empresas mixtas.

Por otra parte, la Ley de Contratos del Sector Público (actualmente RDL 3/2011 y posteriores reformas), regula los procedimientos de contratación entre el sector público y privado. Además, define las figuras del contrato de concesión de servicios, concertación, y fórmulas de colaboración a largo plazo.

#### *2.4.3. Normativa autonómica específica*

Con ello, sigue el marco normativo autonómico (CV), donde se encuentra el Estatuto de Autonomía de la CV (Ley Orgánica 5/1982, de 1 de julio), el cual reconoce la competencia exclusiva de la GVA en materia de sanidad, poder para adoptar modelos propios de gestión.

Además, la Ley 3/2003, de 6 de febrero, de Ordenación Sanitaria de la CV (LOSCV), organiza el sistema sanitario valenciano y prevé expresamente la posibilidad de desarrollar distintas formas de gestión de servicios sanitarios, incluyendo fórmulas de CPP como las concesiones administrativas.

Centrándonos de manera más específica en el Modelo Alzira, primer caso de concesión sanitaria integral en España, su marco normativo se construye sobre la legalidad estatal y autonómica mencionada anteriormente, y se concreta en los siguientes instrumentos:

- Contrato de concesión administrativa (1997); concedido inicialmente al grupo Ribera Salud para la gestión del Hospital de La Ribera (Alzira), se extendió posteriormente a la atención primaria.
- Contrato-programa y pliegos de condiciones; establecen los derechos y obligaciones del concesionario: cartera de servicios, indicadores de calidad, sistemas de control, penalizaciones, e incentivos por resultados.

Finalmente, la supervisión y el control es un punto relevante tanto para la CPP en general como para el Modelo Alzira, sujetos a estrictos mecanismos de fiscalización:

- Tribunal de Cuentas y Sindicatura de Comptes, elaboran informes periódicos sobre eficiencia, transparencia y sostenibilidad del modelo.
- Auditorías internas y externas, exigidas al concesionario por la Conselleria de Sanitat.
- Comisiones de seguimiento, formadas por representantes de la administración y del concesionario.

En cuanto a la reversión del Modelo Alzira, situación que analizaremos en este trabajo, se concreta en dos puntos clave en cuanto al marco normativo.

- El Decreto 22/2018, de 23 de marzo, del Consell; donde se regula al personal sanitario a efectos de la reversión. Así, como los respectivos decretos de cada hospital, según se van dando sus reversiones.

## 3. ANÁLISIS EMPÍRICO DEL MODELO CPP EN ESPAÑA

### 3.1. Evolución histórica del modelo

Durante la Revolución Industrial, los gobiernos comenzaron a apoyarse en empresas privadas para construir ferrocarriles, canales o alumbrado público. Eran formas rudimentarias de concesiones y contratos, especialmente en Reino Unido y Francia.

Seguidamente, en el siglo XX, hasta los 70, hubo una consolidación de infraestructuras, dónde se usaron concesiones administrativas para carreteras, puertos o agua. El Estado mantenía un rol central, pero delegaba parte de la ejecución a privados.

Con la crisis fiscal del Estado durante los 70-80, motivo a los Estados a buscar nuevas formas de financiación y gestión. Reino Unido impulsó el modelo PFI (Private Finance Initiative) en los 90, que se convirtió en referencia mundial.

Así, la CPP se extendió a sectores como sanidad, educación o justicia. Además, la UE promovió su uso para modernizar infraestructuras sin aumentar la deuda pública directa.

Años 2000, la CPP llega a España, con los modelos como el de Alzira introdujeron CPP en sanidad, combinando financiación pública con gestión privada. Se adoptaron también en carreteras, hospitales y escuelas.

Actualmente, estas colaboraciones se encuentran en debate, cuestionando su eficiencia, transparencia y control público. Muchos países han revertido sus concesiones mal gestionadas, pero las CPP siguen siendo una herramienta clave si se diseñan con criterios adecuados.

### 3.2. Taxonomía de modelos CPP en el sector sanitario español

En España, actualmente, las Colaboraciones Público Privadas del sector de la Salud, han adoptado diferentes modelos en el territorio español. Esto dependiendo de las necesidades y contextos específicos de cada comunidad autónoma.

Y un aspecto a resaltar antes de clasificar los tipos de CPP, es el riesgo de la inversión.

Este término es importante ya que su origen se encuentra en el gobierno, y teniendo en cuenta que el sistema sanitario español reparte sus responsabilidades de asistencia sanitaria entre las Comunidades Autónomas, como he explicado anteriormente, este riesgo pasa a transferirse a estas.

Seguidamente, al firmar los contratos de CPP los concesionarios asumen ciertas responsabilidades según su alcance, pasando por tanto así el riesgo efectivo desde la Comunidad Autónoma hacia la parte privada encargada de hacer su propósito.

En conclusión, estos modelos podría ser una forma de transferencia de riesgos del sector público al privado, además, de una liberación de costes. Y, por todo esto, se hace necesario comparar los tipos de CPP a continuación nombrados con el grado de riesgo.

Dicho esto, como modelo tradicional se encuentra la provisión y gestión pública de la sanidad, pero posteriormente con la introducción de la ley 15/1997, se habilitaron nuevas formas de gestión que difieren del modelo tradicional (Viola, A., 2021).

En la figura 1 se puede observar algunos modelos de gestión no tradicional en el ámbito sanitario en España en función del nivel de riesgo transferido a la entidad privada.

*Figura 1: Tipos de modelo de CPP.*



*Fuente (adaptado de): Viola, A. (2021).*

Profundizando en cada uno de ellos se encuentran:

1. Los Consorcios.

Un tipo de CPP que trata la colaboración entre diferentes entidades, que pueden ser públicas y privadas, con el objetivo de gestionar y ofrecer servicios sanitarios de manera conjunta. Las decisiones son tomadas en colaboración y se comparten responsabilidades y su financiación es conjunta.

Ejemplo → Consorcio Hospitalario de Catalunya.

2. Las Fundaciones.

Entidad sin ánimo de lucro que se establece con el objetivo de promover y gestionar proyectos o iniciativas en el ámbito sanitario mediante esta Colaboración Público

Privada. La financiación tiene flexibilidad, es decir, pueden recibir tanto financiación pública como privada.

Ejemplos → Fundación Instituto Valenciano de Oncología y Fundación Jiménez Díaz (Madrid).

### 3. Sociedades Anónimas.

Entidad jurídica que se establece como una sociedad anónima, lo que implica que su capital está dividido en acciones y sus accionistas tienen responsabilidad limitada al capital aportado. Esta sociedad se forma a partir de la participación conjunta de entidades públicas y privadas, con una financiación mixta.

A diferencia de las fundaciones buscan generar beneficios económicos, aunque deben cumplir los objetivos de interés público establecidos en sus contratos.

Ejemplos → Gestión de Infraestructuras Sanitarias del Principado de Asturias S.A. (GISPASA).

### 4. Concesiones

Caso típico y más actual de CPP, en donde la oferta de servicios sanitarios es llevada a cabo por un único proveedor de carácter privado a quién se le transfiere el riesgo financiero, teniendo un contrato con el sector público como financiador.

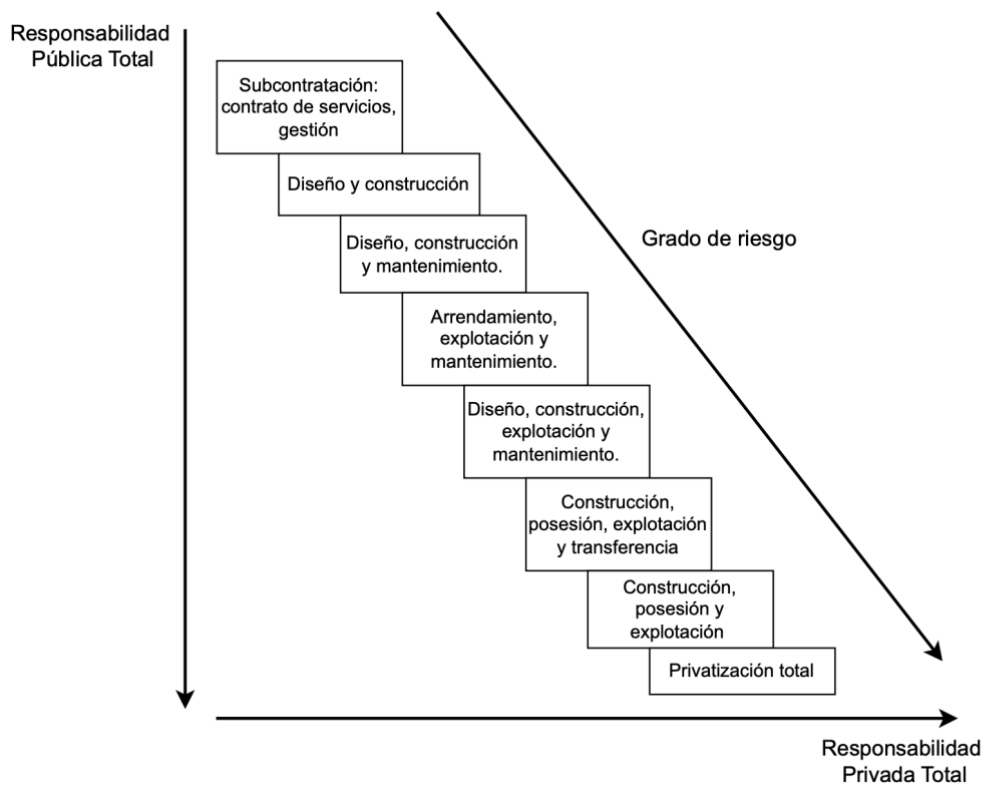
Ejemplos → “Modelo Alzira” y Hospital Universitario de Alarcón en Madrid.

En conclusión, estos modelos buscan mejorar la eficiencia y calidad en la prestación de servicios sanitarios, pero lo hacen bajo diferentes estructuras legales y operativas.

Además, de esta clasificación, podemos clasificar los tipos de CPP según su alcance. Es decir, hay colaboraciones que solo implican la construcción del hospital, pero hay otras que, además, de este aspecto, también abarcan la explotación del mismo. A continuación, encontramos esta clasificación asociándola también al grado de riesgo según las responsabilidades de cada parte.

En la figura 2 se muestra una composición gráfica de estas relaciones.

Figura 2: *Ámbito de responsabilidades.*



Fuente (adaptado de): Roehrich et al. (2014).

La parte inferior derecha se asocia con una situación donde las responsabilidades del Gobierno son nulas, dándose una privatización total. Por otro lado, en la parte superior izquierda hay una responsabilidad pública total. Y en las posiciones intermedias se sitúan los diferentes tipos de colaboraciones según su alcance, empezando desde la parte superior con menos a la inferior con más.

Por ello, desde esta perspectiva, el riesgo viene dado a partir de las obligaciones con respecto al hospital y su infraestructura, que tiene adjudicadas la parte privada. Dependiendo a su vez, de la situación del hospital objeto, ya que, si el hospital está bien construido, con una buena ubicación y ofrece oportunidades de crecimiento, el riesgo final será más bajo, siendo esta inversión colaborativa más beneficiosa para la empresa conjunta. Sin embargo, como he contextualizado anteriormente, en la Comunidad Valenciana, con el Modelo Alzira, no todos los hospitales han resultado rentables, dándose su reversión a su naturaleza pública.

Siguiendo dicho ejemplo, el “Modelo Alzira” se sitúa en el recuadro “Construcción, posesión y explotación” teniendo la parte privada más responsabilidades que la pública, por tanto, la primera con un mayor riesgo. Otro ejemplo sería el Hospital Universitario de Alcorcón en Madrid en el recuadro “Diseño, construcción, explotación y mantenimiento”; donde en este la construcción no es contemplada y por tanto no hay tanta responsabilidad y riesgo para la parte privada como en el “modelo Alzira”. Todo esto siempre dependiendo de cómo se encuentra la

situación inicial en cada uno de los hospitales, las características demográficas de la población, económicas, etc.; en el momento de la unión.

### **3.3. Estudio longitudinal de entidades gestoras CPP en España.**

Las entidades gestoras de una CPP son las organizaciones responsables de la administración y ejecución de un proyecto que se desarrolla bajo este modelo. En una CPP, el sector público y el sector privado trabajan juntos para llevar a cabo proyectos que pueden incluir infraestructura, servicios públicos, entre otros.

Estas entidades pueden incluir:

- Entidades del Sector Público: instituciones gubernamentales que supervisan y regulan el proyecto. Y su papel es garantizar que se cumplan los intereses públicos y las normativas vigentes.
- Empresas del Sector Privado: son las compañías que aportan capital, experiencia técnica y recursos para la ejecución del proyecto.

Según el tipo de CPP, encontramos unas entidades u otras, como por ejemplo en las concesiones administrativas, donde se suele hacer una colaboración entre el Gobierno y una empresa o varias empresas privadas.

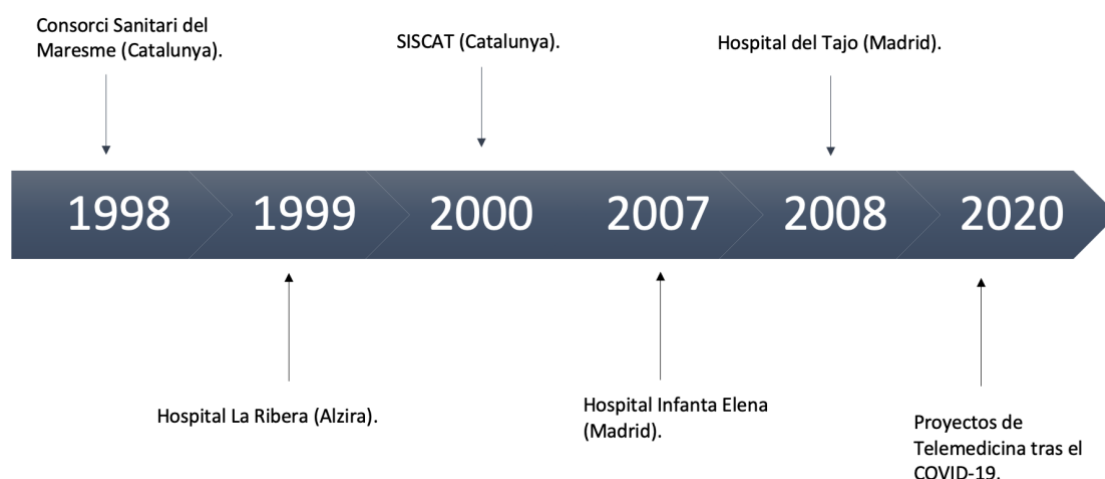
La CPP sanitaria en España ha experimentado una evolución notable a lo largo de las décadas, adaptándose a las necesidades del sistema sanitario y a las demandas de la comunidad.

Con el tiempo se ha ido diversificando el tipo de colaboración, empezando por los modelos más tradicionales como son la gestión de hospitales, hasta la contratación de servicios médicos específicos; aprovechando así las capacidades del sector privado y pudiendo mejorar la atención.

En la actualidad, esta forma de gestión sanitaria puede enfocarse hacia la innovación, con iniciativas conjuntas que buscan integrar tecnologías emergentes y mejorar la eficiencia de los servicios sanitarios. Es decir, la CPP es probable que siga evolucionando a medida que el contexto social y económico vaya cambiando, respondiendo así a nuevas realidades y necesidades.

En cuanto a la evolución que han tenido estas entidades gestoras en sanidad en España, se pueden considerar varios ejemplos a lo largo del tiempo que reflejan diferentes enfoques y resultados. En la figura 3 se puede ver una selección de casos representativos de manera cronológica.

Figura 3: Casos representativos de CPP en España.



Fuente: Elaboración propia.

En primer lugar, se encuentra el “ConSORCI Sanitari del Maresme (Catalunya)”, una entidad pública de la Generalitat de Catalunya, fundada el 30 de julio de 1998, la cual inició su actividad en 1999. Esta coordina diferentes ámbitos de gestión sanitaria (Atención Primaria Sanitaria, la especializada, la sociosanitaria, la salud mental) así como aspectos de formación e investigación en sanidad. Como entidades privadas asociadas a este consorcio se encuentran, entre otras, la “Clínica del Maresme” para la atención a pacientes donde se requiere mayor especialización o la “Fundació Salut”, de naturaleza privada sin ánimo de lucro para promover la investigación de ámbitos vinculados a la salud y al desarrollo de sistemas de información y nuevas tecnologías (“*Qué és el Consorci*”, 2010) (“*Qui som*”, Consorci Sanitari del Maresme).

Seguidamente, en la Comunidad Valenciana se implantó el día 1 de enero de 1999 el primer modelo de concesión administrativa en un servicio sanitario público. Se realizó en el área sanitaria 10, en la comarca de La Ribera, marco ideal donde iniciar el nuevo modelo sanitario, ya que sufría de carencias en infraestructura sanitaria, principalmente en la concerniente a la atención especializada, al no tener hospital, lo que obligaba a los ciudadanos a desplazarse a Valencia. Así pues, el “modelo Alzira” se inicia con la puesta en marcha del Hospital de La Ribera y se consolida en 2003.

El origen de este modelo viene dado en 1977, con la nueva ley que permite la implantación de nuevas formas de gestión sanitaria, siendo la primera un contrato público privado en el Departamento de Salud de Alzira en la CV. Dónde en 1999, el gobierno valenciano de derechas adjudicó en dicho año, tras un proceso de licitación a la única oferta presentada por una UTE, un contrato de 10 años, prorrogable a 5 años más.

Este contrato le adjudica la construcción y gestión de la Asistencia Sanitaria Primaria (ASP) a la empresa concesionaria, todo esto manteniendo pública la propiedad, la financiación y la gestión, mientras que el Gobierno mantiene el papel de “comisario” de la asistencia sanitaria, pagándole a la concesionaria por sus servicios.

Siguiendo la cronología de los sucesos, cuatro años después este modelo no había alcanzado las expectativas iniciales, teniendo cuatro años consecutivos de pérdidas. Por tanto, en 2003 el Gobierno decidió cancelar el contrato pagando a la UTE una compensación de 25 millones de euros por beneficios futuros perdidos de los años restantes del primer contrato, y firmó un nuevo contrato, tras una nueva licitación, con UTE II compuesto por las mismas empresas.

Este nuevo contrato no solo gestionaba la ASP sino también la atención de salud especializada (ASE) del Departamento de Salud, esperando así conseguir unos mejores resultados financieros.

Al nuevo contrato de 2003 le siguieron cuatro contratos más que dieron lugar a la creación de diferentes hospitales con CPP en Torrevejea (2006), Denia (2009), Manises (2009) y Elche (2010), delegando en la empresa concesionaria la construcción y gestión del hospital. Y estos contratos siguiendo la misma estructura que el contrato con UTE II, es decir, abarcando tanto la APS como la ASE.

Para entender la composición de la UTE, la de cada hospital estaba formada por distintas empresas accionistas, con diferentes repartos equitativos de las acciones totales.

Alzira fue, el primer hospital bajo la concesión público privada, en 1999. La GVA adjudicó a una UTE la gestión de dicho hospital, con una composición accionarial inicial formada por Adeslas, Ribera Salud, Dragados y Lubasa; siendo la primera una aseguradora médica, la segunda un grupo sanitario especializado en concesiones administrativas y, las dos últimas como socios constructores e infraestructurales.

Así, el departamento de Alzira, queda gestionado por la “Alzira Gestión Sanitaria S.A.”; que más adelante pasa a denominarse “Ribera Salud II UTE Alzira S.A.”.

En 2015, Ribera Salud adquiere el 51% de las participaciones de Adeslas, convirtiéndose en el accionista mayoritario, con una participación del 96%.

Torrevejea es el segundo hospital gestionado bajo este modelo colaborativo. En sus inicios, 2006, se compone de la UTE Ribera Salud, ASISA, Centro Médico, Salus Baleares, Enrique Ortiz e Hijos y Acciona. Las cuatro primeras especializadas en la gestión sanitaria y las dos últimas como constructoras.

Así, el departamento de Torrevejea, queda gestionado por “Torrevejea Salud S.A.”, empresa bajo la supervisión de Ribera Salud.

En 2015, Ribera Salud adquiere el 60% de las demás empresas accionistas, convirtiéndose en el accionista mayoritario, con una participación del 100%.

Dénia es el tercer hospital sumado a esta iniciativa colaborativa. En sus inicios, 2009, cuenta con dos accionistas, DKV y Ribera Salud, siendo este último un grupo sanitario especializado en concesiones administrativas y; DKV una aseguradora médica, la cual se situaba como socio mayoritario.

Así, el departamento de Dénia, queda gestionado por “Marina Salud S.A.”, empresa bajo la supervisión de esta UTE.

En 2015, al contrario que en los demás hospitales, no hubo cambios en la repartición de sus acciones. Aunque hubo muchas tensiones en la forma de gestionar el departamento, ya que Ribera Salud quería seguir una línea de expansión del modelo concesional, con una sanidad gestionada de manera integrada y; por otra parte, DKV tenía un enfoque más centrado en el seguro de salud y no tanto en la gestión directa de hospitales públicos.

La intención de Ribera Salud siempre ha sido convertirse en el socio mayoritario de este departamento. En 2021, DKV vendió su participación del 65% a Ribera Salud, que pasó a controlar el 100% de Marina Salud.

Manises, siguiente hospital bajo esta modalidad de CPP, tuvo sus inicios en 2000. Está gestionado por dos empresas concesionarias, Sanitas y Ribera Salud, la primera siendo una compañía aseguradora y, Ribera Salud un grupo sanitario especializado en concesiones administrativas.

Ambas compañías constituyeron la sociedad “Especializada y Primaria L’Horta Manises S.A.”, siendo Sanitas el socio mayoritario.

En 2010, Sanitas adquirió el 40% de Ribera Salud, convirtiéndose en la única propietaria del centro.

Elche-Crevillente, último hospital sumado a esta iniciativa, concretamente en 2010. En sus inicios, cuenta con dos empresas concesionarias; el grupo Ribera Salud y ASISA, una aseguradora médica. Ambas empresas constituyeron la sociedad “Vinalopó Salud S.A.”.

En 2015, Ribera Salud adquiere el 40% de participación de ASISA, convirtiéndose en el único accionista.

En el siguiente cuadro se ve visualmente cómo Ribera Salud pasa a ser el accionista mayoritario en esta gestión en 2015, excepto en el caso de Manises.

Tabla 2: Socios iniciales vs socios 2015-2021 "modelo Alzira".

Departamentos	Socios Iniciales	Socios (2015)	Socios (2021)
Alzira	ADESLAS (51%) RIBERA SALUD (45%) DRAGADOS (2%) LUBASA (2%)	RIBERA SALUD (96%) DRAGADOS (2%) LUBASA (2%)	
Torreveija	RIBERA SALUD (40%) ASISA (35%) CENTRO MÉDICO SALUS BALEARES (10%) ENRIQUE ORTIZ E HIJOS (5%) ACCIONA (10%)	RIBERA SALUD (100%)	
Denia	DKV (65%) RIBERA SALUD (35%)	DKV (65%) RIBERA SALUD (35%)	RIBERA SALUD (100%)
Manises	SANITAS (60%) RIBERA SALUD (40%)	SANITAS (100%)	
Elche - Crevillente	RIBERA SALUD (60%) ASISA (40%)	RIBERA SALUD (100%)	

Fuente: Elaboración propia.

El grupo Ribera Salud fue creado en 1997 y es la única empresa centrada exclusivamente en el desarrollo de programas de CPP en España, estando constituida desde sus inicios por bancos españoles: Caixa Carlet (33%), BANCAJA (33%) y CAM (33%) (hoy adquirida por banco Sabadell), entidades de fondos de ahorros.

Esta composición de Ribera Salud sufre unos cambios significativos, donde Caixa Carlet al ser de menor tamaño que las restantes, es absorbida por BANCAJA, en el momento de la firma de UTE II.

No obstante, desde 2014, la participación de BANCAJA en Ribera Salud fue adquirida por Centene Corporation. El acuerdo de compra incluía una cláusula que otorgaba a este la opción de comprar también la acción de Banco Sabadell (CAM) y adquirir la totalidad de las acciones de Ribera Salud en 2018. Así, Centene, siendo la aseguradora de Salud más grande de Estados Unidos, hizo su primera inversión internacional. Esto, además, muestra el atractivo público internacional que tienen el "modelo Alzira". Así, en 2015, la facturación de Ribera Salud fue de 500 millones de euros.

Dicho todo esto, en 2015 la situación política cambia y se instaura un Gobierno de izquierdas (PSOE) en la Comunidad Valenciana, partido al cual le corresponde en 2016 desarrollar el IV Plan de Salud del territorio valenciano para los próximos 5 años.

Esta nueva posición de izquierdas expone que ve pocas posibilidades de que se recuperen los ingresos autonómicos de años anteriores y una fuerte posibilidad de que aparezca un problema de sostenibilidad estructural en el sistema sanitario público. Dónde piensan que para mejorar la eficacia y asegurar la sostenibilidad financiera, cabe revertir estas concesiones y volver al modelo en el que el sector público y privado operen por separada en materia de sanidad (*Generalitat Valenciana, s.f.*).

En conclusión, el “modelo Alzira” fue marcado por tres puntos decisivos:

- El gran cambio inicial dirigido a aumentar los servicios tratados en esta colaboración, abarcando tanto la APS como la ASE.
- En 2015 Ribera Salud pasó a ser el socio mayoritario de esta CPP.
- El desarrollo de estas CPP depende en gran parte de la política, ya que con la llegada de las izquierdas este modelo se ha visto en la actualidad en un proceso de reversión.

Siguiendo con la cronología inicial, se encuentra Cataluña, con un sistema sanitario llamado CatSalut, el cuál destina gran cantidad del presupuesto sanitario a la contratación público privada, a través de distintas fórmulas jurídicas y para actividades que abarcan desde las infraestructuras hasta la gestión hospitalaria y la prestación de servicios clínicos.

Cataluña desde los años 2000, además, cuenta con un modelo sanitario mixto que integra recursos públicos y privados en un solo sistema, denominado SISCAT (Sistema sanitari Integral de utilització pública de Catalunya). Dónde CatSalut establece convenios singulares con los hospitales privados integrados en el SISCAT, entre los que se encuentran: el Hospital Residencia Sant Camil, el Centre Hospitalari Manresa, etc. (*Cataluña es la CCAA que más contratación público-privada tiene en la sanidad, 2014*).

Año 2007, empieza a funcionar el Hospital Infanta Elena (Madrid), con un contrato de gestión de servicio público, por concesión, para la prestación de la asistencia sanitaria, entre el SERMAS y la entonces sociedad mercantil CAPIO VALDEMORO S.A. (en la actualidad QUIRÓN SALUD S.A.), estableciéndose un plazo temporal de la concesión de treinta años (*Hospital Universitario Infanta Elena, s.f.*).

Año 2008, Hospital del Tajo (Madrid), hospital público gestionado por una entidad privada a través de un contrato de concesión administrativa. El hospital recibe financiación pública, pero su gestión operativa está a cargo de una empresa privada, en concreto, “Assignia Infraestructuras”.

Y, por último, en el año 2020, encontramos proyectos de Telemedicina ya desarrollados que se enfatizaron y aumentaron su importancia debido a la pandemia del COVID-19. Como ejemplo encontramos varios:

- Proyectos de “teleictus”.

Implantados en muchos hospitales de España en los últimos años, que están permitiendo la evaluación remota de los pacientes mediante sistemas de videoconferencias y la aplicación del tratamiento de forma segura y eficaz en centros que no disponen de especialistas de manera presencial, lo que aumenta el número de pacientes que pueden beneficiarse de este tipo de tratamiento, disminuyendo los tiempos de asistencia y evitando traslados innecesarios. Estos programas no solo están mejorando los resultados en salud, sino que además están resultando ser costo-efectivos.

- La teleasistencia pediátrica.

Se brinda desde el Servicio de Salud de Castilla y León, en el que profesionales de enfermería ofrecen mediante vía telefónica, consultas relacionadas con la salud infantil.

- El Programa Valcronic de la Agencia Valenciana de Salud.

Control y seguimiento remoto de los pacientes con enfermedad crónica. En el programa se incluyeron dos modalidades de intervención: por un lado, el seguimiento de la patología crónica mediante sistemas de telemonitorización; y por otro, la mejora de hábitos de vida saludable y fomento del autocuidado (*Salusplay, s.f.*).

En la tabla 3, se puede ver a partir de los casos concretos nombrados anteriormente, una comparación de las entidades gestoras que han participado en estas CPP.

Como conclusión general de la evolución de entidades gestoras de CPP sanitaria en España, se ha podido ver que desde hace años estas colaboraciones dependen del tipo de finalidad y su alcance, teniendo variedades de entidades gestoras. Por la parte pública, se suele implicar el organismo responsable del área en cuestión, y en la parte privada, se pueden ver tanto cajas de ahorro, como empresas de investigación, así como variedad de estas en una misma CPP. Además, en los últimos años, estas colaboraciones se han centrado más en la innovación.

Tabla 3: Comparación entidades públicas y privadas.

CASO	ENTIDADES PÚBLICAS	ENTIDADES PRIVADAS
Consorci Sanitari del Maresme (Catalunya).	Generalitat de Catalunya.	Clínica del Maresme. Fundació Salut.
Hospital La Ribera (Alzira).	Generalitat Valenciana.	UTE.
SISCAT (Catalunya).	CatSalut.	SISCAT
Hospital Infanta Elena (Madrid).	SERMAS	CAPIO VALDEMORO S.A. (en la actualidad QUIRÓN SALUD S.A.).
Hospital del Tajo (Madrid).	SERMAS	Assignia Infraestructuras.
Proyectos de Telemedicina tras el COVID-19.	El hospital que contrata dicho servicio.	Empresa de telemedicina que le proporciona al hospital el servicio.

Fuente: Elaboración propia.

### 3.4. Estudio de la financiación y rentabilidad del modelo Alzira en la CV.

#### 3.4.1. Limitaciones del estudio

Este punto ha sido realizado en función de la información que se encontraba disponible. De haber contado con el plan económico - financiero completo y explicaciones suficientes, los resultados obtenidos podrían experimentar variaciones.

Además, debe considerarse que a partir de 2011 los estados financieros se formulan teniendo en cuenta la adaptación sectorial para empresas concesionarias. Estos cambios, dificultan la comparabilidad de la información y su seguimiento. Resulta poco transparente para un revisor externo y las cuentas anuales no incluyen información suficientemente clarificadora de los aspectos más relevantes del negocio.

Esta adaptación da de baja el Activo material por su valor neto contable y, se da de alta el Acuerdo de concesión; derecho de cobro, que tiene en cuenta el valor del activo material, las acciones de mantenimiento, reposición y mejora realizadas, así como la estimación de los importes que se cobrarán hasta el final de la concesión por los servicios prestados. Además, el concepto de “amortizaciones del inmovilizado” desaparece.

Se cuenta con la siguiente información disponible:

#### MARINA SALUD:

- Cuentas anuales auditadas de 2014 – 2017.
- Balance y cuenta de pérdidas y ganancias extraídos de SABI de 2009 – 2023.
- “Informe Análisis de Dénia”.
- Información facilitada por la Conselleria de Sanitat, como la prima per cápita (2006 – 2022) o la población protegida (2009 – 2022), así como algunos datos de liquidaciones.

#### TORREVIEJA SALUD:

- Cuentas anuales auditadas de 2006 – 2017.
- “Informe Análisis Torrevieja”.
- Información facilitada por la Conselleria de Sanitat, como la prima per cápita (2006 – 2022) o la población protegida (2006 – 2021), así como algunos datos de liquidaciones.

Se empezará con un análisis de los pagos anuales de Marina Salud y Torrevieja Salud UTE, ya que únicamente se ha podido obtener los datos necesarios de estas dos concesiones, a partir de la Conselleria de Sanitat.

Se analizará el periodo 2009 – 2022 del departamento de salud de Dénia y, el período 2006 – 2021 de Torrevieja.

Se continuará con un análisis de activos, pasivos y sus respectivas ratios. Marina Salud abarcando el periodo 2014 – 2023, según la información disponible recabada en SABI. Y en cuanto a Torrevieja, el período 2008 – 2017, a partir de los datos facilitados por las cuentas anuales disponibles.

Por último, se concluirá con el análisis del TIR y el VAN, desde la fecha de concesión de cada grupo, hasta su reversión, incluyendo estimaciones por falta de datos en algunos años.

### *3.4.2. Estructura de financiación y sistema de pago*

Como contexto inicial cabe diferenciar primeramente las responsabilidades de las partes en este modelo. Por tanto, la financiación, control y propiedad pertenecen a la parte pública de este contrato y, la gestión del hospital pertenece a la parte privada.

Centrándonos en la financiación pública de esta nueva forma de gestión sanitaria, esta se compone por:

→ Financiación capitativa (prima per cápita): sistema de financiación que consiste en asignar al conjunto de proveedores de cuidados de una zona geográfica determinada, un fondo económico por cada persona de dicha zona que está incluida dentro de la población protegida, durante un periodo determinado (un año).

En el caso del “modelo Alzira” la Administración paga a la empresa concesionaria una cantidad anual ya preestablecida por cada uno de los habitantes adscritos.

→ Financiación / facturación intercentros: cálculo de los costes de tratamiento de los pacientes en otros hospitales distintos del que tienen asignado.

Dicho esto, la obligación del Gobierno Valenciano es financiar los servicios sanitarios, es decir, pagar al proveedor privado una tasa de capitación derivada de su presupuesto de salud pública. Por ello, el Gobierno de Salud de Valencia destina anualmente una cantidad a cada UTE que le es entregada con la suma/resta de las siguientes cantidades:

- (+) Pago de la cápita
- (+/-) Facturación intercentros
- (+) Un incentivo por ahorro en farmacia

A continuación, se explicará cada elemento.

La “cápita” es el importe o prima por ciudadano censado en el departamento de salud, no siendo en cualquier caso inferior al IPC ni superior al aumento del gasto sanitario medio consolidado en el Estado para el ejercicio correspondiente. Se toma la fecha de 30 de septiembre del año anterior y durante el año en vigor se mantiene constante, independientemente de la variación que experimente. El cálculo es multiplicar la cápita por el número de ciudadanos. Liquidándose este cobro en un plazo máximo de 60 días y a partir de ese momento devenga intereses de demora. En el caso de La Ribera, la GVA realiza pagos mensuales por la cápita a favor del concesionario.

Como la población protegida objeto de esta gestión varía en los distintos departamentos que recoge este “modelo Alzira”, hace que este pago fijo per cápita sea diferente en los distintos territorios.

A continuación, se analizarán los pagos anuales de Marina Salud y Torrevieja Salud UTE, ya que únicamente se ha podido adquirir los datos necesarios de estas dos concesiones, a partir de la Conselleria de Sanitat.

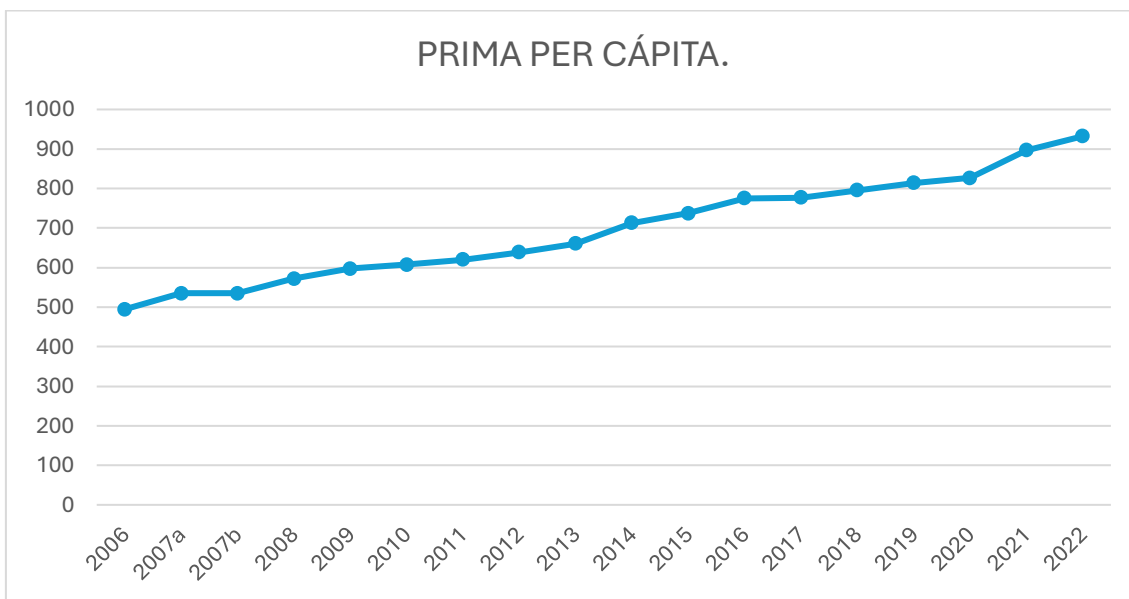
Como he explicado anteriormente, se analizará el periodo 2009 – 2022 del departamento de salud de Dénia y, el período 2006 – 2021 de Torrevieja.

En Torrevieja, el año 2007 se divide en dos periodos:

- a. De 01/01/2007 a 31/03/2007
- b. De 01/04/2007 a 31/12/2007

En la gráfica 5, se presenta la evolución de la prima per cápita, es decir, cuando se firmó el segundo contrato entre UTE II y la GVA para la concesión del Hospital de La Ribera. Como se puede ver esta prima tiene una evolución ascendente a lo largo de los años, a pesar de la crisis financiera iniciada en 2008.

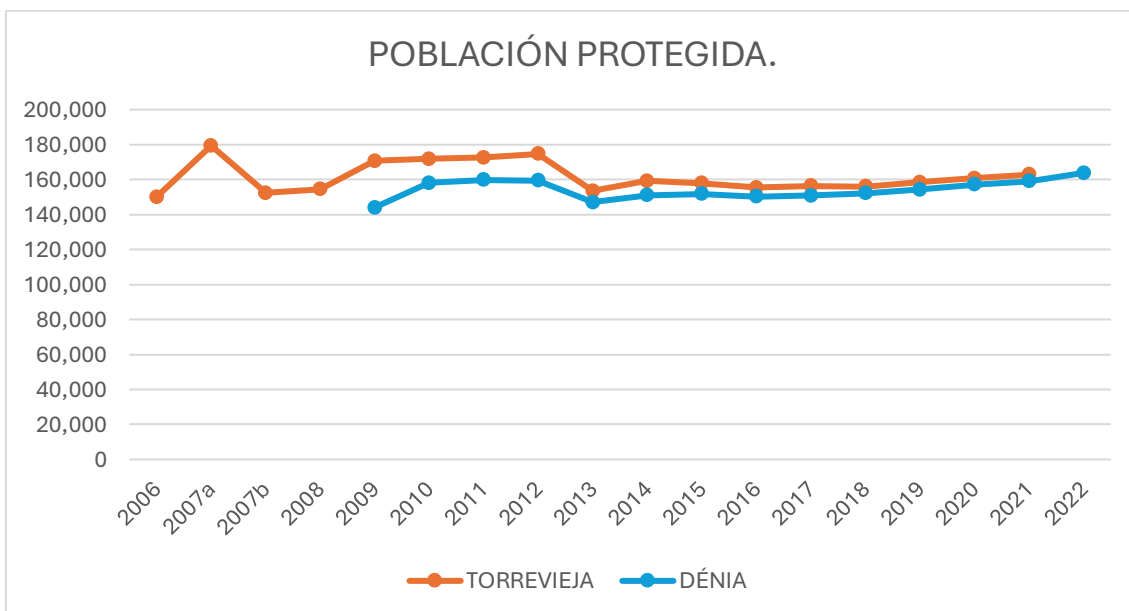
Gráfica 1: Prima per cápita.



Fuente: Conselleria de Sanitat, 2017.

Para conocer el pago per cápita de los departamentos de Dénia y Torrevieja del “modelo Alzira”, cabe analizar visualmente la cantidad de población protegida que hay en cada uno de estos. Por ello, en la siguiente gráfica se puede ver más visualmente.

Gráfica 2: Población protegida.



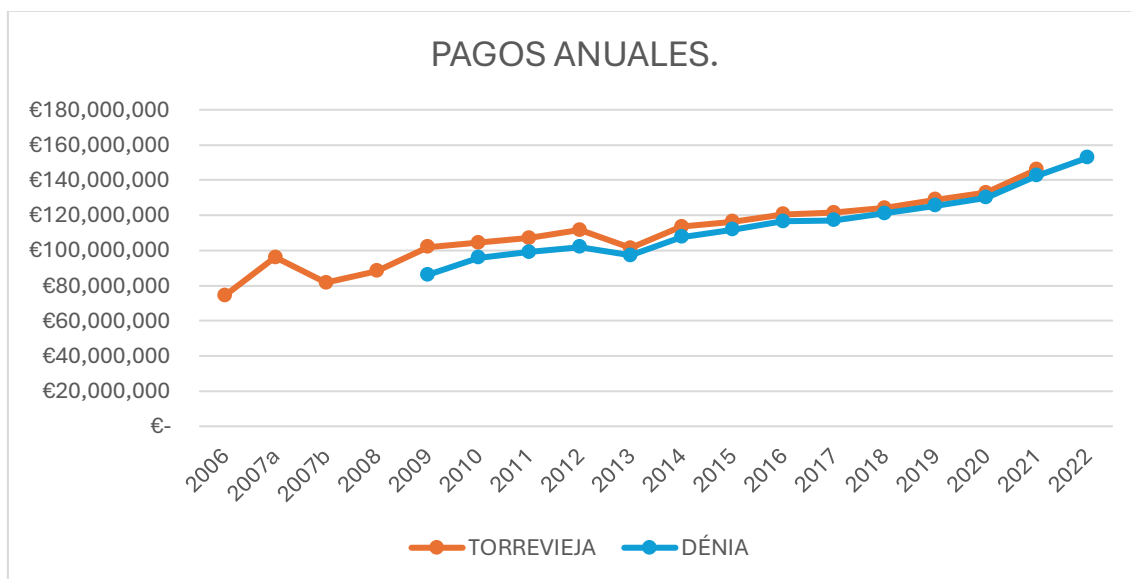
Fuente: Conselleria de Sanitat, 2017.

Como podemos ver en la Gráfica 3 la población tiene una evolución ciertamente constante, predominando Torrevieja con más población frente a Dénia, por su área geográfica más extensa

con una diferencia del 5,2 Km<sup>2</sup>. Además, puede verse como Torrevieja tiene algunas variaciones más bruscas.

Visto todo esto, para obtener los pagos anuales de cada departamento, se debe multiplicar la prima o gasto por la “población protegida”. A continuación, en la gráfica 3 se pueden ver los resultados gráficamente. Como se puede ver estos pagos anuales han ido aumentando a lo largo de los años.

Gráfica 3: Pagos anuales.



Fuente: elaboración propia.

Por otra parte, el segundo elemento trata la “facturación intercentros”, es decir, la concesionaria factura los servicios prestados a pacientes no pertenecientes a su departamento de salud, donde si el importe es superior al 20% de la facturación anual prevista, se realizarían descuentos sobre cada proceso.

Por último, el concesionario puede facturar el 30% de los ahorros formado por la diferencia entre el presupuesto para prestaciones farmacéuticas ambulatorias y el gasto real.

### 3.4.3. Indicadores de rendimiento y eficiencia

Un aspecto a tener en cuenta por las entidades concesionarias es la obligación a comprometerse a entregar a la GVA todos los activos en perfecto estado y, sin cargas, a la finalización del contrato. Y como forma de asegurar esto, la rentabilidad máxima se limita a una Tasa Interna de Rentabilidad (TIR).

Por ello, para analizar la rentabilidad y eficiencia de estas concesiones se debe desarrollar un análisis de estados financieros. Este análisis es una de las técnicas más utilizadas para interpretar

y evaluar los estados financieros y tomar decisiones. El uso de ratios financieros es extenso y se utilizan para todo tipo de propósitos

En este apartado se va a realizar un análisis de las principales ratios de liquidez, endeudamiento y rentabilidad de la sociedad, empezando con una revisión de la composición de las principales masas patrimoniales de activo y pasivo.

Además, se analizará la tasa interna de retorno (TIR), a partir del estudio de las cuentas de pérdidas y ganancias, así como las cuentas anuales. Teniendo como referencia la cláusula del contrato de concesión que limita la TIR en un 7,5%, por lo que cualquier retorno superior a este porcentaje corresponderá al gobierno.

La TIR es la tasa de interés a la que el valor actual neto (VAN) de todos los flujos de efectivo (tanto positivos como negativos) de un proyecto o inversión es igual a cero. De manera equivalente, es la tasa de descuento a la que el VAN de los flujos de efectivos futuros es igual a la inversión inicial.

Por ello, se calculará tanto el VAN como la TIR:

$$VAN = \sum_{t=1}^n \frac{CF_t}{(1+k)^t} - CF_0$$

Dónde:

CF<sub>t</sub> = flujo de efectivo neto durante el período t

CF<sub>0</sub> = costos totales de inversión inicial

k = tasa de descuento (¿?) 7%

t = período t

Entonces la fórmula para TIR es:

$$0 = C_0 + \frac{C_1}{(1+TIR)} + \frac{C_2}{(1+TIR)^2} + \dots + \frac{C_t}{(1+TIR)^t}$$

La TIR se utiliza para evaluar el atractivo de una inversión o proyecto. Y su interpretación viene definida según la tasa de rendimiento; es decir, si el TIR supera la tasa de rendimiento requerida por una empresa, esa inversión es deseable. Si por el contrario el TIR es inferior a la tasa de rendimiento requerida, la inversión debe rechazarse.

Para calcular la TIR, se partirá del “resultado después de impuestos”, las “amortizaciones” y las “inversiones”. Con esto, se obtendrán los flujos de caja sumando los dos primeros conceptos y restando las inversiones, pudiendo así realizar el cálculo de esta tasa.

Al calcular la TIR también se tiene en cuenta el hecho de que el contrato de concesión finalizará al cabo de 15 años y no se renovará (*González-de Julián et al. (2018)*).

A continuación, según los datos disponibles se analizará tanto la financiación como rentabilidad de Marina Salud y Torrevieja Salud UTE.

#### 3.4.3.1. MARINA SALUD

La inversión comprometida para el plan de 15 años en esta área es de 96.644.121 €, que incluye la construcción y dotación del nuevo hospital a construir en Denia. Además de las inversiones iniciales, se contemplan acciones de mantenimiento, reposición y mejora y un plan de renovación de todo el equipamiento para cumplir con la exigencia del pliego de entregar todas las instalaciones en perfecto estado de uso a la finalización de la concesión.

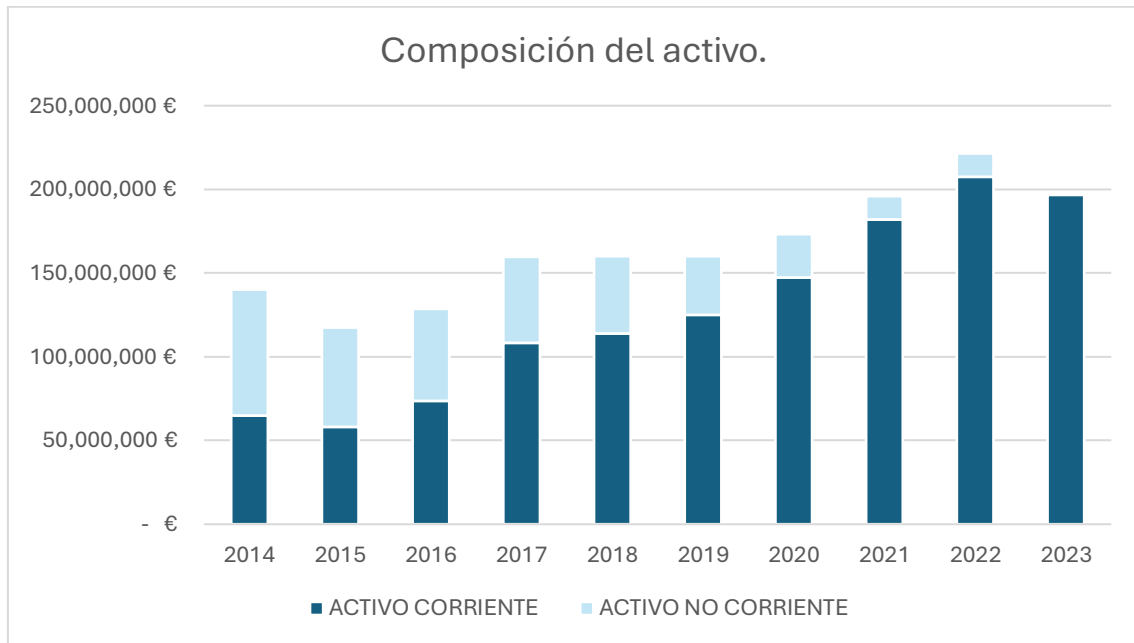
Dénia inicia su concesión en 2005, empieza su construcción en 2007. Finalmente, el 1 de febrero de 2009 inicia su actividad.

Marina Salud S.A., la empresa encargada de gestionar el Departamento de Salud de Dénia, ha obtenido unos ingresos iniciales a lo largo de los 15 años de 1.452.353.052,42€ - precio inicio del contrato-. Además, declara en sus cuentas anuales, un resultado positivo en Pérdidas y Ganancias de 31.697.757 durante el periodo 2009 a 2021 (anexo x), lo que supone unos beneficios medios de más de 2,4 M€ anuales para el citado período.

Con las liquidaciones practicadas, el saldo neto a favor de la Administración asciende a 61,9 millones de euros, quedando pendiente de liquidar las anualidades de 2017 a 2023 y el primer mes de 2024, fecha en el que se produce la reversión del contrato concesionario. La estimación por ingresos de liquidaciones a favor de la Administración de los ejercicios 2017 a 2020, asciende a 60,1 millones de euros; la aproximación de gastos por expediente de enriquecimiento injusto para estos años supone 8,8 millones a favor de la empresa concesionaria, un saldo neto a favor de la Administración de 51,2 millones de euros, para el período 2017 – 1er mes de 2024.

→ Composición del activo y del pasivo

Gráfica 4: Composición activo Marina Salud.



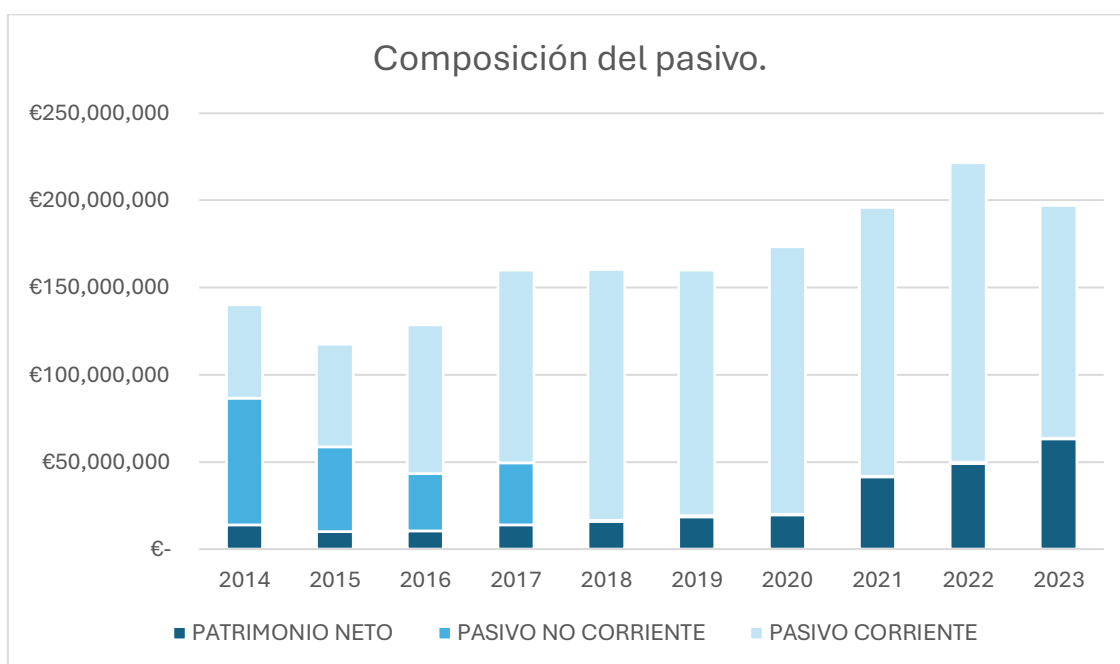
Fuente: Conselleria de Sanitat, 2017 y SABI Marina Salud.

En esta gráfica, puede verse la composición del activo en el periodo 2014 - 2023, dónde sobresale con diferencia el activo corriente sobre el no corriente.

El activo corriente está formado por las inversiones realizadas a corto plazo, donde se esperan beneficios futuros. Incluyendo los deudores comerciales, inventario y efectivo. Por el contrario, el activo no corriente, tiene un alcance a largo plazo. Incluyendo las propiedades, instalaciones, maquinaria y otros activos duraderos.

Esta reducción del activo no corriente puede deberse a decisiones estratégicas, es decir, está reduciendo su dependencia de la deuda y fortaleciendo su capital propio, lo que puede indicar una estrategia de resiliencia ante situaciones graves, como lo sería la tendencia social por su reversión.

Gráfica 5: Composición pasivo Marina Salud.

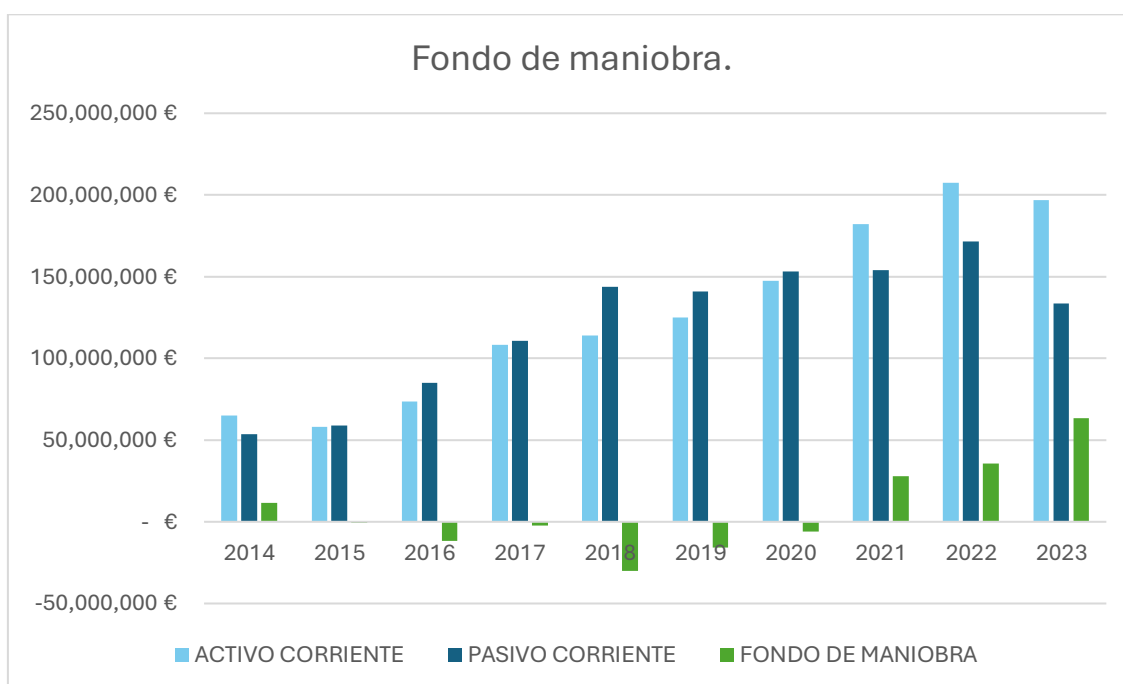


Fuente: Conselleria de Sanitat., 2017 y SABI Marina Salud.

En esta segunda gráfica, se muestra la composición del pasivo y patrimonio neto. Dónde se puede observar como el patrimonio neto y el pasivo no corriente es significativamente reducido en comparación con el pasivo corriente a lo largo de todos los años. Asimismo, el pasivo corriente sigue, en general, una tendencia creciente mientras que el pasivo no corriente experimenta una evolución de signo contrario, incluso en 2018 alcanzando unas cifras muy reducidas.

El pasivo no corriente está formado, principalmente, por los préstamos concedidos por accionistas de la Sociedad y otras empresas vinculadas. Por tanto, se puede ver como desde 2018 empezaba a invertirse menos en esta iniciativa, probablemente por el anuncio en 2015 del proceso de reversión que sufrirían estos hospitales.

Gráfica 6: Fondo de maniobra Marina Salud.



Fuente: Conselleria de Sanitat, 2017.y SABI Marina Salud.

En este último gráfico, se puede ver una comparativa entre el activo corriente y pasivo en los diferentes años, y por diferencia tenemos la evolución del fondo de maniobra.

Dicho fondo de maniobra resulta negativo en el periodo 2015 – 2020.

Debiéndose esto a que en el epígrafe de Proveedores se incluye, principalmente, el saldo a pagar a la GVA por las liquidaciones pendientes de todos los ejercicios desde que la concesión inició su actividad.

En 2021, por tanto, el fondo de maniobra remonta a signo positivo, con una gran diferencia con el año anterior. Así, teniendo una evolución ascendente hasta 2023.

### → Liquidez

Las ratios de liquidez evalúan la capacidad de la empresa para atender sus compromisos a corto plazo.

Esta liquidez se analiza a partir de dos ratios clave:

$$\text{RATIO DE LIQUIDEZ GENERAL} = \frac{\text{Activo corriente}}{\text{Pasivo corriente}}$$

$$\text{FONDO DE MANIOBRA} = \text{Activo corriente} - \text{Pasivo corriente}$$

La ratio de liquidez general muestra qué proporción de las deudas a corto plazo son cubiertas por elementos del activo cuya conversión en dinero corresponde aproximadamente al vencimiento de las deudas. Cuando esta ratio es superior a 1 indica que la empresa tiene suficientes activos líquidos para cubrir sus deudas a corto plazo y, como se observa en el cuadro, excepto 2014 y los últimos tres años, el resultado es menor a 1.

El fondo de maniobra (Activo corriente – Pasivo corriente) es la diferencia entre las previsiones de entradas y salidas de dinero a corto plazo.

*Tabla 4: Ratios liquidez.*

<b>AÑOS</b>	<b>Ratio de liquidez general (AC/PC)</b>	<b>FONDO DE MANIOBRA</b>
2014	1,22	11.600.441 €
2015	0,99 -	719.649 €
2016	0,86 -	11.704.651 €
2017	0,98 -	2.241.992 €
2018	0,79 -	30.001.071 €
2019	0,89 -	15.923.187 €
2020	0,96 -	5.864.596 €
2021	1,18	27.969.140 €
2022	1,21	35.679.442 €
2023	1,47	63.240.883 €

*Fuente: elaboración propia.*

Viendo la situación de liquidez con esta ratio, no se puede decir que los resultados sean buenos, ya que sus valores resultan muy ajustados o incluso negativos en algunos de ellos.

Por tanto, las dos ratios consideradas están por debajo de los valores recomendables en algunos de los ejercicios.

Todo ello implica que la concesión puede llegar a experimentar tensiones de tesorería en determinados momentos, más aún en el caso de que tenga que hacer frente a las liquidaciones con la Conselleria.

#### → Endeudamiento

Las ratios de endeudamiento y solvencia relacionan recursos y compromisos.

$$\text{RATIO DE ENDEUDAMIENTO} = \frac{\text{Pasivo Total}}{\text{Pasivo Total} + \text{Patrimonio Neto}}$$

$$\text{RATIO DE SOLVENCIA} = \frac{\text{Activo Total}}{\text{Pasivo Total}}$$

$$\text{COBERTURA GASTOS FINANCIEROS} = \frac{\text{Resultado bruto}}{\text{Gastos Financieros}}$$

Permiten conocer qué tan estable o consolidada es la empresa en términos de la composición de los pasivos y su peso relativo con el capital y el patrimonio. Miden también el riesgo que corre quién ofrece financiación adicional a una empresa y determinan, igualmente, quién ha aportado los fondos invertidos en los activos. Muestran el porcentaje de fondos totales aportados por los socios o los acreedores, ya sea a corto o medio plazo.

Tabla 5: Ratios endeudamiento.

<b>AÑOS</b>	<b>Ratio de endeudamiento (PT / (PT + PN))</b>	<b>Ratio de solvencia (AT/PT)</b>	<b>Cobertura gastos financieros (BAII/GF)</b>
2014	0,90	1,11	2,24
2015	0,91	1,09	-1,23
2016	0,92	1,09	2,48
2017	0,91	1,10	5,40
2018	0,90	1,11	4,00
2019	0,88	1,13	10,71
2020	0,89	1,13	7,69
2021	0,79	1,27	51,60
2022	0,78	1,28	27,96
2023	0,68	1,47	70,20

Fuente: elaboración propia.

Las ratios muestran que el endeudamiento de la sociedad es elevado, oscilando entre el 90% en todos los ejercicios.

No obstante, lo anterior, la ratio de solvencia es positiva, ya que es superior a 1, aunque cabe destacar que resulta mejorable.

Por último, la cobertura de gastos financieros varía considerablemente de unos ejercicios a otros, pero, en términos generales, los datos muestran que la sociedad dispone de un beneficio antes de intereses e impuestos (BAII) suficiente para cubrir el coste de la deuda.

### → Rentabilidad

Miden la capacidad de la empresa para generar riqueza. Expresan el rendimiento de la empresa en relación con sus ventas, activos o capital.

$$ROA = \frac{BAII}{Activo\ Total}$$

$$ROE = \frac{Beneficio\ Neto}{Patrimonio\ Neto}$$

La rentabilidad económica (ROA) mide la capacidad del activo de generar beneficio, independientemente de cuál sea la composición de la estructura financiera de la empresa. También se puede definir como la rentabilidad del activo o el beneficio que éstos han generado por cada euro invertido en la empresa.

Tabla 6: Ratios rentabilidad.

<b>AÑOS</b>	<b>Rentabilidad económica (ROA)</b>	<b>Rentabilidad financiera (ROE)</b>
2014	2,92%	18,84%
2015	-4,21%	-35,36%
2016	2,62%	5,31%
2017	2,79%	23,90%
2018	1,39%	10,52%
2019	2,36%	14,73%
2020	1,30%	5,40%
2021	13,86%	52,76%
2022	4,74%	16,04%
2023	9,30%	22,49%

Fuente: elaboración propia.

Vemos como el ROA es muy variable a lo largo de los años. Es negativo en 2015, ya que la sociedad tiene pérdidas, mientras que en otros años llega hasta casi el 14%.

En cuanto a la rentabilidad financiera (ROE), que mide la capacidad para generar resultados positivos con la inversión de los accionistas y lo que ha generado la propia empresa, se observa una tendencia más alcista a la del ROA, alcanzando en el ejercicio 2015 su valor más alto.

### → TIR - VAN

Para su cálculo se ha considerado el Método 1.a. explicado anteriormente, no obstante, sin considerar el ahorro en farmacia, dato no disponible.

En este método partimos del resultado antes de impuestos y para los ajustes al resultado distinguiremos dos periodos:

- Ejercicios 2007 – 2009.

Resultado después de impuestos ajustado con el gasto anual de amortización a partir de la información facilitada por el “Informe Análisis Dénia”.

- Ejercicios 2010 hasta el final de las concesiones.

Resultado después de impuestos ajustado con el gasto anual de amortización obtenido de SABI.

En cuanto a los flujos de caja por inversiones, tomamos en ambos periodos las indicadas en el “Informe Análisis Dénia”.

Tabla 7: Cálculo TIR y VAN - Marina Salud.

MÉTODO 1.a.				
FLUJOS DE CAJA - MODELO DESGLOSADO				
	Resultado después de impuestos	+ Amortización inmovilizado	- Inversiones	Cash-flow
2007	- 1.466.438 €		21.354.039 €	- 22.820.477 €
2008	- 2.867.176 €		54.505.840 €	- 57.373.016 €
2009	- 4.982.379 €	7.894.809 €	15.068.630 €	- 12.156.200 €
2010	- 2.071.508 €	11.675.865 €	3.429.000 €	6.175.357 €
2011	4.465.115 €	10.602.651 €	2.667.250 €	12.400.516 €
2012	5.739.697 €	10.214.647 €	1.184.759 €	14.769.585 €
2013	- 1.765.706 €	9.874.197 €	7.322.075 €	786.416 €
2014	2.587.844 €	8.517.920 €	5.129.908 €	5.975.856 €
2015	- 3.598.437 €	7.731.609 €	6.147.564 €	- 2.014.392 €
2016	562.607 €	7.888.249 €	4.796.749 €	3.654.107 €
2017	3.328.662 €	7.152.052 €	5.618.036 €	4.862.678 €
2018	1.670.827 €	8.865.602 €	1.295.466 €	9.240.963 €
2019	2.731.525 €	7.957.965 €	1.314.898 €	9.374.592 €
2020	1.054.080 €	7.625.836 €	1.334.622 €	7.345.294 €
2021	21.818.724 €	7.026.690 €	1.177.948 €	27.667.466 €
2022	7.878.980 €	7.224.355 €	1.195.618 €	13.907.717 €
2023	14.239.741 €	7.415.642 €	1.213.552 €	20.441.831 €
2024	1.186.645 €	1.945.624 €	101.129 €	3.031.140 €
<b>TIR</b>				<b>4,12%</b>
<b>VAN</b>				<b>-17.979.459,85 €</b>

Fuente: Conselleria de Sanitat, 2017.

El análisis financiero de la concesión del Hospital de Dénia (Marina Salud) durante el período (2007 – 2024) arroja un TIR del 4,12%. Este valor, que se encuentra por debajo del límite establecido en el contrato de concesión (7,5%), hace que no se active ninguna cláusula de reequilibrio financiero ni de devolución de excedentes. Ya que no produce un exceso de rentabilidad por parte del concesionario.

Esta TIR refleja niveles inferiores a los típicos del sector privado en infraestructuras sanitarias (entre el 7% y el 9%), lo que nos indica que el contrato no ha generado un beneficio excesivo

para la empresa adjudicataria. Esto se puede interpretar como un equilibrio entre la rentabilidad privada y el control del gasto público.

No obstante, este análisis de la TIR abre un debate de reflexión, sobre si este modelo concesional fue suficientemente atractivo y beneficioso para el operador privado, en base al riesgo que asumió previsto inicialmente. Ya que, si se ve desde la parte pública, la administración pudo haber obtenido servicios sanitarios a un coste relativamente bajo para el erario público.

Por otro lado, se encuentra el VAN, indicador financiero capaz de evaluar también la rentabilidad de este proyecto, determinando si la inversión generará beneficios después de descontar la inversión inicial y los flujos de caja futuros.

Se ha utilizado como tasa de descuento el 7%, valor que representa el coste de capital razonable para una concesión público privada en sanidad (*Boletín Oficial del Estado, 2017*).

Por tanto, con esta tasa de descuento, el valor de VAN se encuentra en unos “-17.979.459,85 €”. Esto significa que, el proyecto no ha generado valor para la empresa privada concesionaria para esa tasa de descuento, es decir, los flujos de caja futuros descontados no superan la inversión inicial.

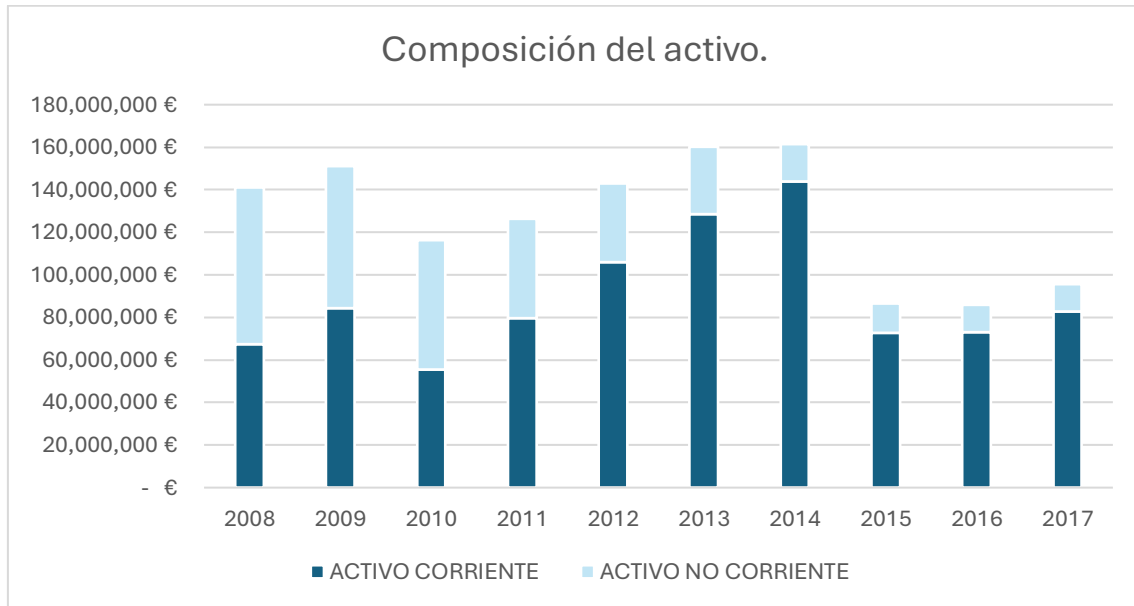
#### 3.4.3.2. TORREVIEJA SALUD UTE

La inversión prevista para el plan de 15 años en esta área es de 80.416.068 €, dividido entre un plan diferenciado para los centros de atención primaria, y otro para la construcción y dotación del nuevo hospital a construir en Torre Vieja. Ambos planes, ya contando con las inversiones iniciales, contemplan acciones de mantenimiento, reposición y mejora, además de un plan de renovación de todo el equipamiento para cumplir con la exigencia del pliego de entregar todas las instalaciones en perfecto estado de uso a la finalización de la concesión.

Torre Vieja inicia su concesión en 2003, así como su construcción. Finalmente, el 16 de octubre de 2006 inicia su actividad.

→ Composición del activo y del pasivo

Gráfica 7: Composición activo Torre Vieja Salud UTE.



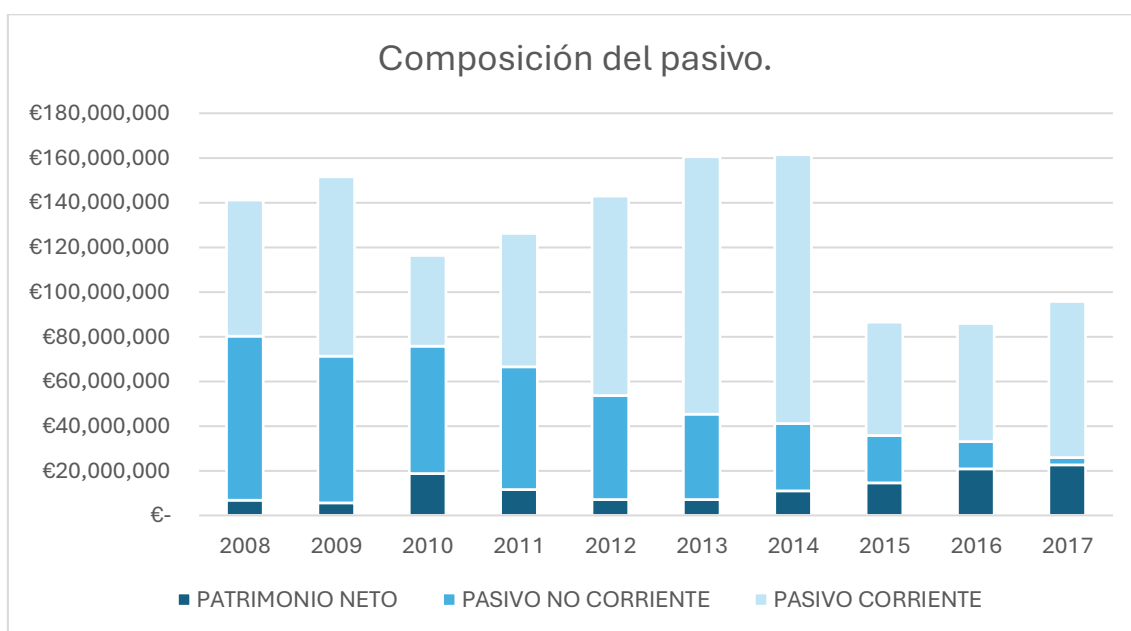
Fuente: Conselleria de Sanitat, 2017.

En esta primera gráfica, que abarca el periodo 2008 – 2017, se muestra la composición de los activos de la UTE y su evolución.

Se puede observar que en los últimos años el activo no corriente cada vez supone un menor peso dentro del activo total, debido, fundamentalmente, al incremento de las cuentas a cobrar con la Conselleria de Sanitat, especialmente elevadas en el periodo 2012-2014 por las liquidaciones pendientes y el expediente de resarcimiento, así como a la reducción del importe registrado como acuerdo de concesión, derecho de cobro, que aparece contabilizado en el activo no corriente y que se va “cancelando” conforme se acerca la finalización del periodo concesional. Por ello, todo esto hace que predomine con más diferencia el activo corriente del no corriente.

La disminución que se produce en el año 2015 se explica por el cobro de todos los importes pendientes con Conselleria y, la utilización de este dinero, para el pago de las cuotas de amortización de los préstamos con los socios que se encontraban vencidas.

Gráfica 8: Composición pasivo Torre Vieja Salud UTE.



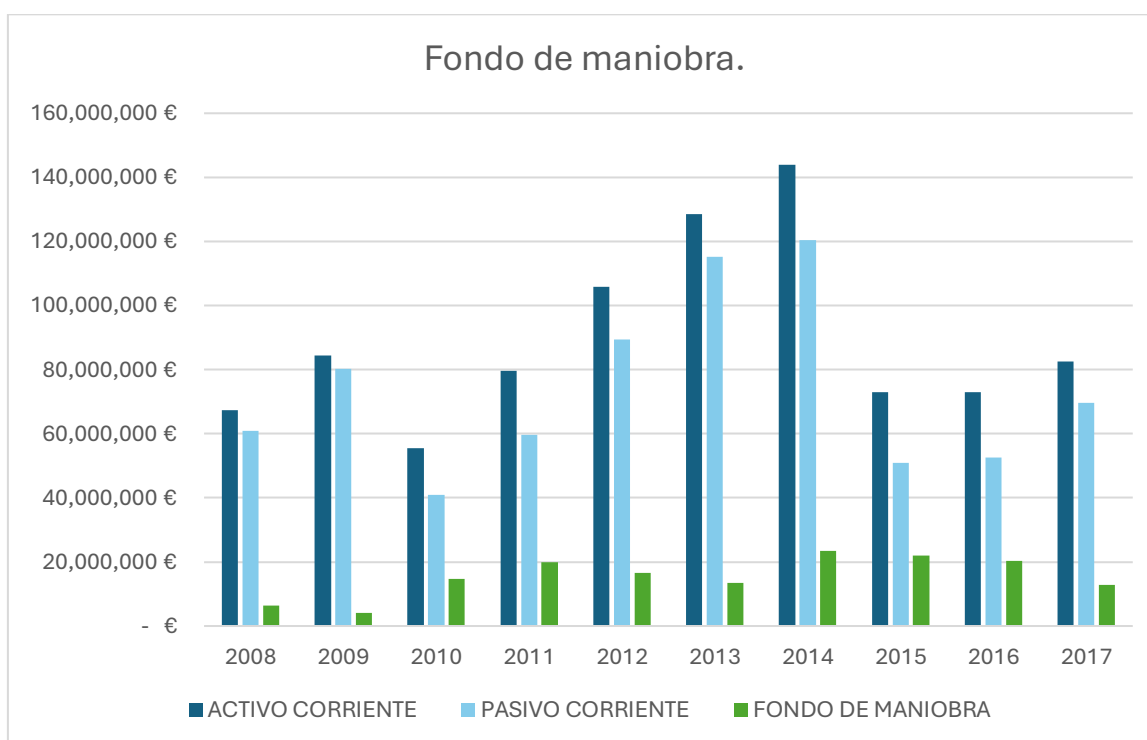
Fuente: Conselleria de Sanitat, 2017.

En el segundo gráfico, se muestra la composición del pasivo y patrimonio neto. Se puede observar como el patrimonio neto es significativamente reducido en comparación con el pasivo corriente y no corriente a lo largo de todos los años. Asimismo, el pasivo corriente sigue una tendencia creciente (excepto en los tres últimos años) mientras que el pasivo no corriente experimenta una evolución de signo contrario.

El pasivo no corriente está formado, principalmente, por los préstamos concedidos por los socios a la UTE y otros préstamos bancarios con vencimiento a largo plazo.

En los años 2013 y 2014 existían importes vencidos e impagados a los socios por cuotas de amortización de los préstamos. Dicha situación se ha regularizado en el ejercicio 2015, lo que explica la disminución del pasivo corriente en este año.

Gráfica 9: Fondo de maniobra Torre Vieja Salud UTE.



Fuente: Conselleria de Sanitat, 2017.

Por último, se puede ver una comparativa entre el activo y el pasivo corrientes en los diferentes años, y por diferencia tenemos la evolución del fondo de maniobra.

Dicho fondo de maniobra se mantiene positivo a lo largo de todos los años, como puede plasmarse de manera visual al ver la gráfica y observar que siempre predomina el pasivo corriente frente al no corriente.

→ Liquidez

Tabla 8: Ratios liquidez Torrevieja Salud UTE.

AÑOS	Ratio de liquidez general (AC/PC)	FONDO DE MANIOBRA
2008	1,11	6.417.432 €
2009	1,05	4.120.163 €
2010	1,36	14.676.460 €
2011	1,33	19.964.928 €
2012	1,19	16.547.832 €
2013	1,12	13.421.121 €
2014	1,20	23.507.159 €
2015	1,43	21.994.850 €
2016	1,39	20.350.594 €
2017	1,19	12.903.176 €

Fuente: elaboración propia.

Todas estas ratios resultan positivas, pero no se puede decir que la situación de liquidez de la UTE sea buena, ya que sus valores resultan muy ajustados. No obstante, todos los valores son superiores a 1, por tanto, la empresa, aunque de manera ajustada, tiene suficientes activos líquidos para cubrir sus deudas a corto plazo.

En cuanto al fono de maniobra, resulta positivo en todos los años. Por tanto, el activo corriente supera al pasivo corriente; se encuentra solvente frente a deudas a corto plazo y, con rentabilidad de efectivo a corto plazo.

→ Endeudamiento

Tabla 9: Ratios endeudamiento Torrevieja Salud UTE.

AÑOS	Ratio de endeudamiento (PT / (PT + PN))	Ratio de solvencia (AT/PT)
2008	0,95	1,05
2009	0,96	1,04
2010	0,84	1,19
2011	0,91	1,10
2012	0,95	1,05
2013	0,96	1,04
2014	0,93	1,07
2015	0,83	1,20
2016	0,76	1,32
2017	0,76	1,31

Fuente: elaboración propia.

Las ratios muestran que el endeudamiento de la UTE es elevado, superior al 90% en la mayoría de los años, bajando significativamente a partir de 2015 por la amortización parcial de los préstamos con socios.

No obstante, lo anterior, la ratio de solvencia es positivo, ya que es superior a 1, pero resulta mejorable.

→ Rentabilidad

Tabla 10: Ratios rentabilidad Torre Vieja Salud UTE.

AÑOS	Rentabilidad económica (ROA)	Rentabilidad financiera (ROE)
2008	0,51%	10,04%
2009	-0,79%	-21,65%
2010	10,24%	63,65%
2011	3,90%	42,43%
2012	0,38%	7,20%
2013	0,29%	6,27%
2014	2,76%	40,71%
2015	9,35%	55,76%
2016	16,95%	69,61%
2017	17,03%	72,08%

Fuente: elaboración propia.

Puede verse como el ROA experimenta un crecimiento repentino en 2010 y; en los últimos años, vuelve a crecer de manera progresiva, llegando a un 17%. Este incremento se explica, por un lado, por el aumento del BAII y, por otro lado, por un descenso acusado del activo total.

En cuanto a la rentabilidad financiera (ROE), se observa cómo la ratio también mejora sustancialmente a partir de 2014, alcanzando un valor superior al 72%, lo que supone una rentabilidad muy elevada para los socios de la UTE.

→ TIR - VAN

Para su cálculo se ha considerado el Método 1.a. explicado anteriormente, no obstante, sin considerar el ahorro en farmacia, dato no disponible en las cuentas anuales.

En este método partimos del resultado antes de impuestos y para los ajustes al resultado distinguiremos dos periodos:

- Ejercicios 2003 – 2006 y 2018 – 2021.

Resultado después de impuestos ajustado con el gasto anual de amortización a partir de la información facilitada por el “Informe Análisis Torre Vieja”. Así como los flujos de caja por inversiones.

- Ejercicios 2007 - 2017.

Resultado después de impuestos ajustado con el gasto anual de amortización de las cuentas anuales.

Flujos de caja por inversiones a partir de la información facilitada por las cuentas anuales en su acuerdo de concesión.

Tabla 11: Cálculo TIR y VAN - Torre Vieja Salud UTE.

MÉTODO 1.a.				
FLUJOS DE CAJA - MODELO DESGLOSADO				
	Resultado después de impuestos	+ Amortización inmovilizado	- Inversiones	Cash-flow
2003 -	4.971 €	4.972 €	111.385 €	111.384 €
2004	35.595 €	22.333 €	3.702.961 €	3.645.033 €
2005 -	31.664 €	73.666 €	20.255.157 €	20.213.155 €
2006 -	2.731.535 €	1.119.367 €	53.639.725 €	55.251.893 €
2007 -	627.344 €	6.640.795 €	8.023.837 €	2.010.386 €
2008	691.782 €	8.580.089 €	4.628.782 €	4.643.089 €
2009 -	1.210.195 €	9.163.926 €	1.815.281 €	6.138.450 €
2010	11.907.755 €	9.235.768 €	2.877.198 €	18.266.325 €
2011	4.906.954 €	437.607 €	5.967.616 €	623.055 €
2012	511.426 €	364.482 €	6.262.245 €	5.386.337 €
2013	436.992 €	305.905 €	5.294.802 €	4.551.905 €
2014	4.436.639 €	324.561 €	5.655.741 €	894.541 €
2015	8.061.638 €	278.887 €	5.396.041 €	2.944.484 €
2016	14.511.448 €	277.116 €	6.377.016 €	8.411.548 €
2017	16.281.669 €	214.972 €	7.545.776 €	8.950.865 €
2018	2.573.417 €	6.928.200 €	2.470.000 €	7.031.617 €
2019	1.643.810 €	6.845.479 €	2.000.000 €	6.489.289 €
2020	615.425 €	6.724.824 €	1.500.000 €	5.840.249 €
2021 -	421.440 €	6.249.749 €	550.000 €	5.278.309 €

TIR	-2,68%
VAN	-36.109.766,38 €

Fuente: Conselleria de Sanitat, 2017.

Torre Vieja Salud se encuentra con un TIR negativo, en concreto, de “-2,68%”. Este valor significa que el proyecto ni siquiera recupera la inversión inicial: no solo no es rentable, sino que pierde dinero netamente.

Es decir, el proyecto genera flujos de caja negativos en valor neto acumulado.

Técnicamente, ni, aunque descontara los flujos al 0%, el VAN saldría positivo.

En cuanto al VAN, se encuentra en unos “-36.109.766,38 €”, a un 7% de descuento (coste del capital razonable para una concesión sanitaria).

Esto significa que el valor descontado de todos los ingresos y ahorros generados no compensa la inversión realizada.

Con todo esto, hay que tener en cuenta la falta de datos de los últimos años, ya que esto podría implicar un cambio radical en este resultado de rentabilidad.

### **3.5. Análisis del proceso de reversión de las Concesiones Administrativas en la CV.**

#### *3.5.1. Evolución del proceso de reversión*

El término reversión introducido anteriormente trata la restitución de una cosa o situación al estado que tenía, y en este caso, en el ámbito de las concesiones administrativas se refiere a su naturaleza, es decir, al terminar la duración preestablecida previamente en el contrato, la naturaleza del hospital vuelve a ser totalmente pública como lo era anteriormente.

Centrándonos en el caso de la CV, en el “modelo Alzira”, contamos con cinco hospitales que al transcurrir los 15 años tienen dos opciones; revertir a su naturaleza pública original o seguir con la Colaboración Público Privada renovando un nuevo contrato. Como hemos estudiado anteriormente el único hospital mantenido actualmente con este modelo de gestión es el correspondiente al Departamento de Salud de Elche-Crevillente, el cuál al llegar a los 15 años decidió apostar nuevamente por este tipo de modalidad colaborativa.

La reversión del modelo Alzira se pone en práctica en 2018 con el hospital de Alzira y, así, han ido revirtiendo con el paso de los años los demás hospitales, excepto uno de ellos, el de Elche-Crevillente. A continuación, analizaremos el proceso de reversión de cada hospital con más detenimiento, esto a partir de artículos de la GVA y publicaciones.

Empezando desde el principio, en abril de 2018 se esperaba la renovación de la concesión administrativa. Sin embargo, la Autoridad Sanitaria de Valencia decidió rescindir la concesión y volver a la provisión pública. En esta situación, las partes interesadas mayoritariamente, y en particular el gobierno regional de izquierdas, estaban a favor de volver a la naturaleza pública de los hospitales. Además, los defensores del modelo argumentaron que era superior en términos normativos, promulgados en la Ley 8/2018 de Salud, que establece como modelo preferente de prestación de servicios en una naturaleza pública, así como nuevos requisitos (más estrictos) para cualquier futura asociación público-privada de la CV.

Con todo esto, el 1 de abril de 2018 se inicia la reversión del “modelo Alzira”, con la finalidad de aumentar la eficiencia y sostenibilidad de los servicios. Asimismo, los ingresos privados obtenidos por la CPP como consecuencia de la concesión administrativa también quedan revertidos.

#### *3.5.2. Factores influyentes en el proceso de reversión*

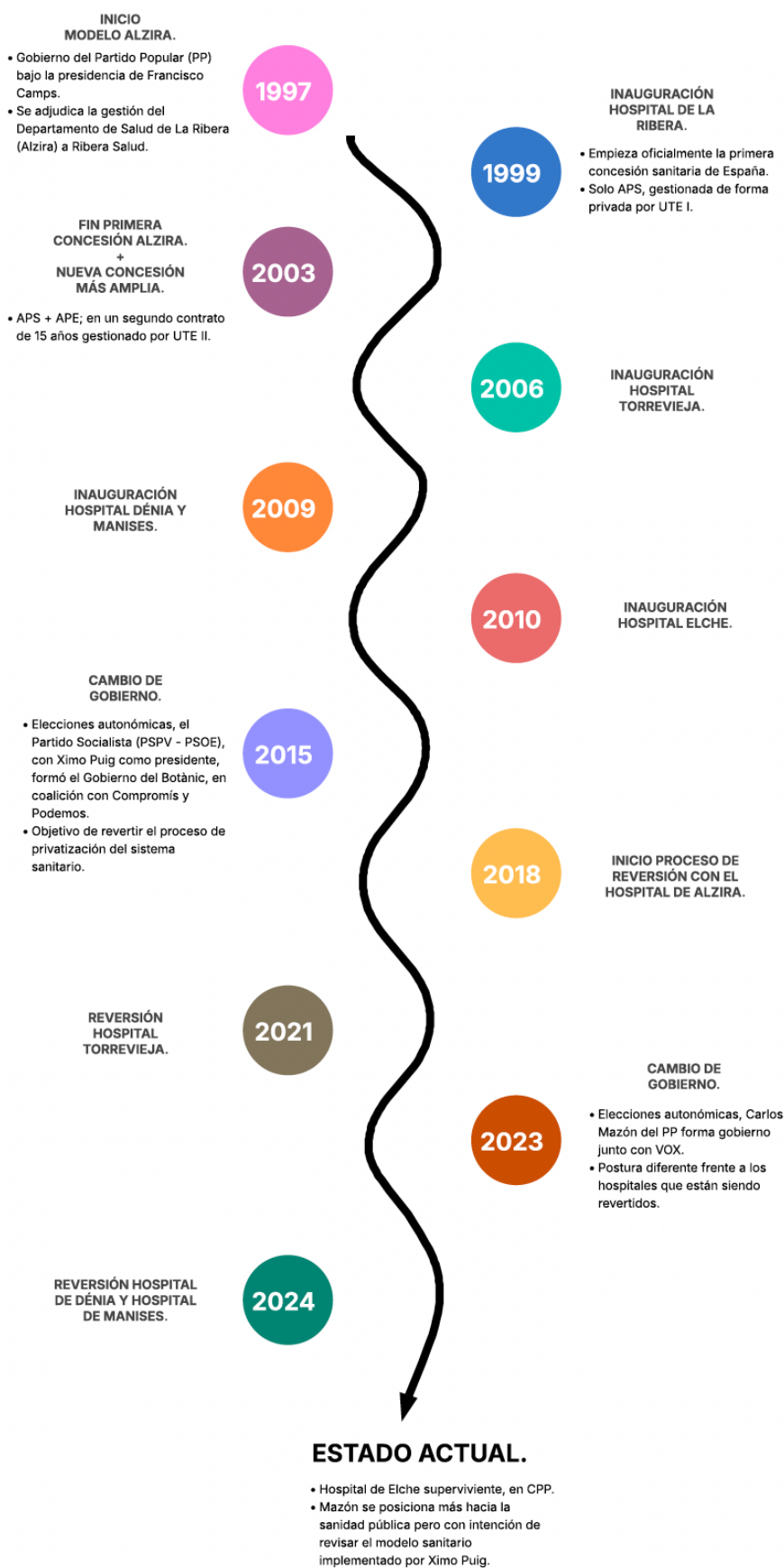
Hay una variedad de factores subyacentes que podrían explicar la decisión del gobierno de interrumpir la CPP. En cada medida, la decisión de revertir el gobierno se basó en una creciente

presión social a favor de los servicios públicos y en contra de la denominada “privatización de la atención médica”.

Aunque la opinión pública y la movilización en una sociedad es un punto clave detonante, las preocupaciones más relevantes fueron sobre la gobernanza y los logros financieros de Alzira. Así, algunos argumentos de peso planteados por los principales actores fueron:

- a. La ausencia de competencia real en la concesión administrativa, ya que solo un grupo presentó una oferta para 5 de los 6 procesos de licitación en Valencia, y sólo se presentaron empresas con ánimo de lucro.
- b. El dudoso papel de las cajas de ahorros regionales y su colusión con los actores políticos.
- c. El alto potencial de captura regulatoria observado por agentes externos.
- d. Las dificultades de un diseño adecuado del contrato y los altos costes de transacción asociados a su supervisión efectiva.
- e. Los incentivos inadecuados del contrato de concesión, de forma que los traslados de pacientes desde los proveedores públicos al hospital de Alzira no se pagaban a costes marginales sino a costes medios, transfiriendo finalmente fondos extra del sector público a las CCAA.

Figura 4: Evolución "modelo Alzira".



→ *Elaboración propia.*

Como puede verse en la figura 4, el “modelo Alzira” a lo largo de los años va sufriendo cambios según la ideología política que se encuentre gobernando en ese momento. Siendo una iniciativa del Partido Popular en 1997.

Pero, en 2015 al llegar el Gobierno regional, prometen la devolución de estos hospitales a su naturaleza pública inicial, situación que provoca un aumento de tensiones entre la Autoridad Sanitaria y Ribera Salud.

Por un lado, para la empresa, la reversión implicaba no solo la rescisión del contrato, sino también la pérdida de una cantidad sustancial de ingresos anuales.

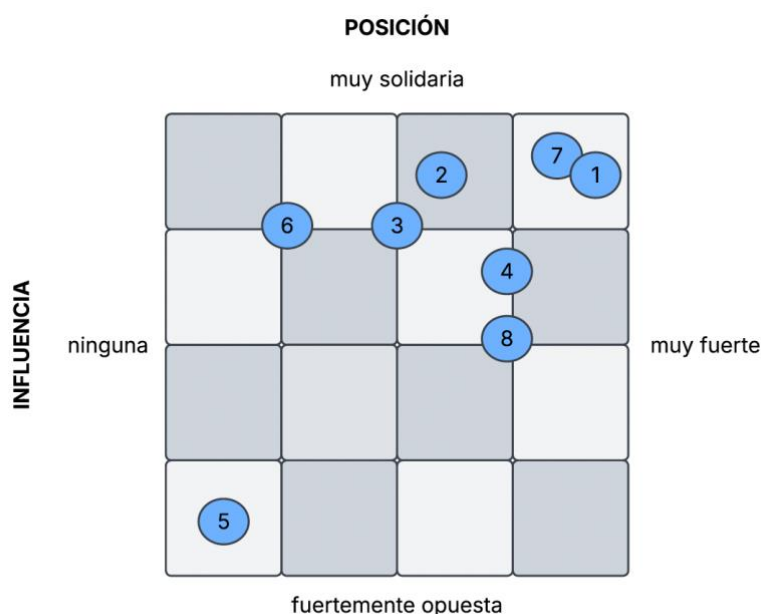
Por otro lado, la base de liquidación era objeto de controversia; así, la cápita anual se había aumentado con cantidades adicionales destinadas a cubrir el coste de derivaciones de pacientes desde otras áreas sanitarias.

Por último, también generó inquietud el temor de la Compañía a que la reversión de Alzira pudiera anticipar la cancelación de las restantes CCAA de la CV, a la mayoría de ellas gestionadas por la misma empresa. En consecuencia, las disputas se tradujeron en distintas acciones judiciales contra la resolución del contrato.

Además, como se ha nombrado un último hito en este proceso político, coincidiendo con la finalización de la CPP, fue la publicación de la Ley de Salud 8/2018, donde el parlamento regional (Corts Valencianes) aprobó unas disposiciones que emitían una preferencia inequívoca por el uso de la gobernanza pública en lo que se refiere a la protección de la salud y la prestación de servicios sanitarios (*Boletín Oficial del Estado, 2018*).

En cuanto al papel de las partes interesadas, en la figura x, podemos observar visualmente tanto la posición como la influencia de estas, dos factores clave. Ya que no solo importa la postura de cada stakeholder sino también la relevancia que tienen en este sector.

Figura 5: Posicionamiento actores - reversión.



Fuente: elaboración propia.

Posición y capacidad de influencia de los stakeholders.

Dónde: 1: Autoridad Sanitaria Regional. / 2: Asociaciones en defensa de los servicios públicos. / 3: Profesionales sanitarios. / 4: Sindicatos. / 5: Ribera Salud. / 6: Partido Conservador. / 7: Partidos de izquierda apoyan al gobierno regional. / 8: Mercado Nacional Regulador.

Como podemos observar, en general se mostraron a favor de la reforma la Autoridad Sanitaria Regional y los partidos de izquierda que respaldan al Gobierno. Por otro lado, Ribera Salud y sus accionistas estaban claramente posicionados en contra, aunque su capacidad influyente se encontraba limitada por el hecho de que la concesión estaba llegando a su fin. Además, el partido conservador (que en su día fue el mayor defensor de las CPP en la CV y en ese momento era partido de la oposición), se centró en fomentar mociones no vinculantes en aquellos municipios bajo su gobierno, con el objetivo de preservar los logros del hospital de La Ribera (por ejemplo, alta calidad, eficiencia y ser un sitio de referencia). Curiosamente, los sindicatos, que tenían una influencia limitada en el proceso de decisión, actualmente están desempeñando un papel más relevante, mientras se revisaban las condiciones laborales de la fuerza de trabajo y se ponían en marcha nuevos mecanismos contractuales. A su vez, los profesionales sanitarios del recinto de Alzira, actores pasivos durante el proceso, fueron adquiriendo una mayor capacidad de influencia, aunque limitada, ya que sus condiciones de trabajo estaban sujetas a negociación. Por el contrario, los grupos profesionales y civiles, que habían desempeñado un papel fundamental en el impulso de la reforma bajo el lema común de defensa de los servicios públicos, aunque seguían apoyando la reforma, tenían ahora una posición más neutral a medida que se iba implantando la política.

En cuanto al contenido de la reforma, esta nueva política se centró más bien en un cambio en el modelo de gobernanza del hospital de Alzira y de los servicios de atención primaria.

Transformando a la gobernanza privada modelo, gestionado por una empresa con fines de lucro, en un modelo de gestión pública que se rige por prescripciones regulatorias públicas. Sin embargo, la reversión no implicó la terminación del contrato entre Ribera Salud y la Autoridad Sanitaria de Valencia, se dictó un nuevo reglamento para establecer los requisitos para las nuevas CPP de la CV. Como se ha mencionado, la Ley 8/2018, de 21 de diciembre, de Salud, con el objetivo de actualizar la Ley de Salud de 2014 en materia de prevención y protección.

Esta ley emitió algunos artículos específicos para evitar posiciones monopólicas o dominantes, entre otros puntos establece:

- Para las personas o entidades interesadas en la prestación de servicios dentro del sistema público valenciano, una cantidad máxima de acciones o participaciones (hasta un 40%) en las empresas beneficiarias de un contrato público.
- Enmarcó cómo revisar las condiciones laborales y los esquemas contractuales presentes en las concesiones, lo que se aplica al personal de Alzira, el cual se mantiene asumiendo sus condiciones laborales originales bajo la legislación laboral privada española; esto de aplicación mientras los profesionales sigan prestando servicios en la institución; una vez que estos puestos queden vacantes, la nueva regulación prevé que se transformen en puestos públicos, y cubran con funcionarios públicos.

### *3.5.3. Estudios de caso: experiencias específicas*

A continuación, centrándonos más profundamente en cada caso, haremos un análisis de cada hospital, analizando el desarrollo de estos en el proceso de reversión.

Al iniciar el proceso de reversión, para cada hospital se implantó un decreto, los cuales desarrollaban diversos aspectos relacionados con la naturaleza jurídica de la relación de empleo del personal trabajador procedente de la empresa concesionaria con respecto a la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública. Así como diversos aspectos relacionados con este personal trabajador.

Algunos puntos destacables en estos decretos sobre el personal subrogado entre otros serían:

- No serán considerados como empleados públicos.
- Pasarán a prestar sus servicios bajo la dependencia de la Conselleria competente en sanidad, hasta la extinción del contrato de trabajo.
- Podrán adquirir la condición de empleado público mediante los procesos de superación normativamente establecidos.
- Las condiciones laborales serán las mismas, con retribuciones según los convenios colectivos en el momento de la subrogación.
- Se encontrarán en una plaza de naturaleza estatutaria.

### 3.5.3.1. CASO HOSPITAL DE ALZIRA

Alzira, hospital origen de esta iniciativa, se analizará a partir del “DECRET 22/2018, de 23 de març, del Consell” y otras publicaciones.

El Decreto 22/2018 fija en su cláusula quinta, que el contrato de concesión en Alzira recoge la duración del mismo, fijándola en un periodo de 15 años, prorrogable por 5 más siempre que medie acuerdo entre las partes. El contrato comenzó a surtir efectos a partir del día 1 de abril de 2003. A la expiración del plazo, el contrato se entenderá extinguido, operando entonces la reversión de todos los bienes y derechos afectados a la concesión.

El procedimiento de reversión se inicia con la constitución del nuevo Gobierno de la GVA en 2015, de acuerdo con la alianza conocida como Pacto del Botánico, liderado por Ximo Puig (PSOE) con el acuerdo de Podemos y Compromís.

El nuevo objetivo marcado por la Conselleria de Salud valenciana, en ese momento controlada por Carmen Montón, era no prorrogar la concesión de Alzira una vez alcanzados los 15 años.

Por ello, en marzo de 2018, el Gobierno de Puig envió una notificación oficial a Ribera Salud para revertir su modelo de gestión. Dónde así el 1 de abril el hospital se revirtió a su naturaleza pública inicial, gestionado directamente por la GVA. Cerrando la primera CPP sanitaria en España, fruto de un modelo creado por el Partido Popular de la mano de Eduardo Zaplana. Teniendo una clarividencia de que la ideología política es un punto relevante en la gestión hospitalaria (*Escobar, A., 2018*).

El proceso de determinación de una prórroga o no, conllevó varias acciones judiciales, donde las dos partes impusieron recursos administrativos. Dónde cabe destacar los escritos de Ribera Salud manifestando la falta de valoración en la ejecución del contrato, obviando al completo el éxito y la excelencia conseguida, así como las escuetas consideraciones al sistema de gestión sanitario público-privado (*Generalitat Valenciana, 2017*).

Esta reversión contó desde el principio con la oposición del PP, que acusó al Gobierno del Botànic de “primar la ideología sobre la salud” e inició una recogida de firmas, mientras que Ciudadanos advirtió de que se produciría un “Caos” en la gestión del personal.

La transición de Alzira a su naturaleza pública fue con “absoluta normalidad y sin incidencias”, según aseguró Carmen Montón en aquel entonces.

De abril a diciembre de 2018 este departamento destinó más de 7,8 millones de euros para mejorar la asistencia sanitaria, un millón para infraestructuras y el resto para la adquisición de equipos diagnósticos y de tratamiento de última generación.

Además, la consellera Ana Barceló destacó que durante los nueve primeros meses después de la reversión hubo un incremento del 4% de las intervenciones quirúrgicas, un 2,6% más de

consultas de Atención Especializada y un 4,5% más de pruebas diagnósticas (*El Hospital de Alzira cumple un año de su reversión entre elogios y crítica, 2019*).

### 3.5.3.2. CASO HOSPITAL DE TORREVIEJA

Torrevieja fue el siguiente hospital en revertir, concretamente el 16 de octubre de 2021. Se analizará a partir del “DECRET 164/2021, de 8 d’octubre, del Consell” y otras publicaciones.

El Decreto 164/2021, al igual que el anterior, en su cláusula quinta del contrato de concesión recoge la duración del mismo, fijándola en un periodo de 15 años, prorrogable por 5 más siempre que medie acuerdo entre las partes. El contrato comenzó a surtir efectos a partir del día 16 de octubre de 2006. A la expiración del plazo, el contrato se entenderá extinguido, operando entonces la reversión de todos los bienes y derechos afectados a la concesión.

El procedimiento de reversión se inicia el 14 de octubre de 2020, cuando la Conselleria de Sanidad lo notifica a la concesionaria, Ribera Salud. Desde este momento, se inicia una batalla judicial, cuando el 13 de noviembre de 2020, Ribera Salud, interpone un recurso potestativo de reposición contra esta comunicación. Y casi un mes después este recurso se desestima.

El 17 de diciembre, la concesionaria interpone un recurso contencioso-administrativo en el Tribunal Superior de Justicia de la CV contra la desestimación anterior alegando silencio administrativo. Con esto consiguen una prórroga hasta el 31 de marzo de 2021.

Seguidamente, transcurre este plazo, y el 13 y 19 de mayo la concesionaria presenta escritos al TSJCV, pero es desestimado por este tribunal el 26 de mayo.

La concesionaria vuelve a los tribunales e interpone un recurso contra la desestimación del 26 de mayo, el cual vuelve a resultar desestimado por el TSJCV el 11 de junio. Frente a este último acto, interpone otros recursos posteriores, pero todos son desestimados por los Tribunales. El TSJCV avaló hasta en seis ocasiones el proceso de reversión.

Con todo esto, el 16 de octubre de 2021, el hospital de Torrevieja volvió a su naturaleza pública dependiendo directamente de la Conselleria (*Trives, A., 2021*).

### 3.5.3.3. CASO HOSPITAL DE DÉNIA

Dénia fue el siguiente hospital en revertir, concretamente el 1 de febrero de 2024. Se analizará a partir del “DECRET 14/2024, de enero, del Consell” y otras publicaciones.

Este decreto como los demás nombrados, sigue la misma estructura. Regula las condiciones laborales del personal del departamento ante la extinción del contrato por concesión, que finaliza el 31 de enero de 2024, lo que significa que a partir del 1 de febrero el personal que desempeña su labor en el mismo se integrará en la plantilla del sistema valenciano de salud.

Además, al igual que el anterior, en su cláusula quinta del contrato de concesión recoge la duración del mismo, fijándola en un periodo de 15 años, prorrogable por 5 más siempre que medie acuerdo entre las partes. El contrato comenzó a surtir efectos a partir del día 1 de febrero de 2009. A la expiración del plazo, el contrato se entenderá extinguido, operando entonces la reversión de todos los bienes y derechos afectados a la concesión.

Sanidad creará más de 1.700 plazas para integrar al personal subrogado de la empresa concesionaria, para lo que está prevista una inversión de más de 92 millones de euros. Además, la plantilla se completará con 287 puestos de personal estatutario que ya forma parte de este departamento.

El decreto señala que el personal objeto de subrogación mantendrá su relación laboral en la condición de personal laboral a extinguir, pasando a prestar sus servicios bajo la dependencia orgánica y funcional de la Conselleria competente en materia de sanidad, hasta la extinción del contrato de trabajo por cualquiera de las causas legalmente previstas.

Su reversión iniciada en 2023 surgió, al igual que las dos anteriores, a raíz de las elecciones autonómicas del 28 de mayo, donde se forma el Gobierno del Botànic. Empezó por el hospital de Alzira y con ello, seguidamente Torrevejea y ahora, Dénia.

Como se ha comentado, en 2015, tras las elecciones autonómicas del 24 de mayo, se forma el Gobierno del Botànic, coalición entre el PSPV – PSOE, Compromís y Podemos.

El 31 de enero de 2023, la Conselleria de Sanidad, en aquel momento el Gobierno del Botànic, comunicó a Marina Salud la intención de no prorrogar el contrato colaborativo.

A diferencia de las polémicas reversiones de hospital de Alzira y Torrevejea, gestionadas también por Ribera Salud, el Hospital de Dénia se está realizando de manera "ordenada, eficaz y eficiente" y "consensuada" con los trabajadores.

Seguidamente, el 28 de mayo de 2023, se vuelven a celebrar nuevas elecciones y sale al poder Carlos Mazón del PP, formando gobierno con VOX. Este nuevo partido, empieza a tener diferente postura frente a la reversión de los hospitales.

A pesar de encontrarse ante un nuevo gobierno del PP y Vox, se decidió seguir con esta iniciativa y optar por la reversión, tras hacer un previo análisis de la situación social y laboral de este departamento.

Por tanto, el 1 de febrero de 2024, Dénia revierte a su naturaleza pública (*Alicante Plaza, 2024*)

#### 3.5.3.4. CASO HOSPITAL DE MANISES

Manises es el siguiente hospital en revertir, concretamente el 7 de mayo de 2024. Se analizará a partir del “DECRET 47/2024, de 23 d’abril, del Consell” y otras publicaciones.

Este decreto, siguiendo el camino de los otros nombrados de cada departamento sanitario, también fue constituido para responder a la necesidad de aspectos relacionados con la naturaleza jurídica de la relación de empleo del personal procedente de la empresa concesionaria con respecto a la Conselleria con competencias en materia de sanidad, determinación de las plazas de naturaleza estatutaria a ocupar, etc.

Su quinta cláusula, como los demás contratos, se estableció en una duración de 15 años, prorrogable en 5. Señalando que, cumplido el plazo, el contrato se extinguiría, revirtiendo a su naturaleza pública inicial. Empezando a surgir efectos desde el 7 de mayo de 2009.

El decreto señala que el personal objeto de subrogación mantendrá su relación laboral en la condición de personal laboral a extinguir, pasando a prestar sus servicios bajo la dependencia orgánica y funcional de la Conselleria competente en materia de sanidad, hasta la extinción del contrato de trabajo por cualquiera de las causas legalmente previstas. Este personal no será considerado como empleado público.

En cuanto a las condiciones laborales serán las mismas, con retribuciones según las correspondientes al convenio colectivo en el momento de operar la subrogación.

El personal subrogado desempeñará los servicios objeto de su contrato de trabajo en una plaza de naturaleza estatutaria, a los exclusivos efectos de la organización de la plantilla del departamento y de ordenación de recursos humanos, sin que ello signifique modificación de su relación de empleo laboral ni de sus condiciones de trabajo.

Este hospital trata la cuarta área que pasa a la gestión pública tras un proceso de reversiones iniciado en 2018 con la de Alzira, a la que le siguió Torreveja en 2021 y Hospital de Denia el 1 de febrero de 2024.

El Gobierno del Botànic, contrario a este tipo de concesiones, comunicó en mayo de 2023 que el contrato de gestión no sería prorrogado. Con ello, iniciaba un proceso de reversión que pudo ser frenado, igual que con Dénia, por el nuevo Gobierno autonómico del PP y Vox, pero que se decidió continuar después de que tanto un informe de la situación como el clima social avalasen la decisión. Por ello, el 7 de mayo de 2024 revierte el hospital de Manises.

En general en este hospital de Manises la subrogación “ha sido fluida, generosa, amable y en la que los ciudadanos no han notado absolutamente nada” (Lorda, J. (2024)).

### 3.5.3.5. CASO HOSPITAL ELCHE - CREVILLENTE

Por último, tenemos el hospital de Elche-Crevillente, el único que sigue manteniéndose en esta modalidad colaborativa.

Su concesión empezó a surgir efectos el 1 de junio de 2010, con una duración inicial de 15 años, por lo que su vencimiento estaba previsto para el 31 de mayo de 2025.

En marzo de 2025, Marciano Gómez, el conseller de sanidad, ha anunciado la prórroga de este contrato, extendiéndola hasta el 31 de mayo de 2030.

Gómez señala que las reversiones de los restantes hospitales fueron fundadas con indicadores económicos, sociales, etc. Sin embargo, en el hospital de Elche los indicadores de salud han superado la media y todas las liquidaciones de 2022, por valor de 56,8 millones de euros a favor de la Generalitat.

Además, se comprometían a la ampliación del hospital en 100 camas y la construcción de un nuevo centro de salud en Crevillent.

El hospital de Vinalopó es el único hospital público de la CV gestionado por una entidad privada, lo que ha generado debates y movilizaciones a favor de su reversión a gestión pública (*Marqués, J., 2025*).

### 3.5.4. Situación actual

Así, llegamos a la situación actual, donde como se ha comentado anteriormente, se encuentra el gobierno del PP presidido por Carlos Mazón, el cual en las elecciones autonómicas de mayo de 2023 salió como el partido más votado, pero no obtuvo la mayoría absoluta. Sin embargo, logró formar un gobierno gracias a un acuerdo con VOX y otras formaciones, lo que permitió su investidura como presidente. Entonces, tras ocho años de una administración socialista se hizo un giro hacia un gobierno conservador, vigente actualmente.

Mazón, tras asumir la presidencia de la GVA en julio de 2023, no ha continuado con la reversión del “modelo Alzira”. De hecho, su gobierno ha adoptado una postura diferente respecto a los hospitales que fueron revertidos bajo el mandato del Gobierno del Botànic.

Este gobierno ha mostrado la intención de mantener los hospitales bajo gestión pública, pero también de revisar y, en algunos casos, modificar el modelo de gestión sanitaria que implementó Ximo Puig. Sin embargo, no se ha expresado explícitamente que se retomará el modelo de concesión público-privada en los hospitales revertidos, sino que se ha hablado de optimizar la gestión y asegurar que los recursos sean manejados de forma eficiente.

Es decir, Mazón se posiciona en un enfoque conservador en la gestión pública y en la optimización de recursos sin necesariamente regresar al modelo concesional.



## 4. CONCLUSIONES

### 4.1. Conclusiones principales

#### 4.1.1. *Sobre la taxonomía y evolución de los modelos CPP*

El análisis de las Colaboraciones Público Privadas en el ámbito sanitario español ha permitido contextualizar el "Modelo Alzira" dentro de un marco más amplio de fórmulas de gestión sanitaria. Los distintos tipos de colaboración se clasifican según su alcance y tipo de riesgo, siendo la transferencia de riesgos entre las partes participantes el elemento definitorio de estas colaboraciones.

Las colaboraciones evolucionan adaptándose a los cambios del entorno, la sociedad y los nuevos conocimientos. Actualmente, con las nuevas tecnologías, existe el objetivo de integrarlas en la sanidad para maximizar el rendimiento del sector y promover estructuras organizativas más ágiles que den respuesta a necesidades emergentes, contando para ello con los recursos del sector privado, más avanzado en este ámbito.

#### 4.1.2. *Sobre la evolución de las entidades gestoras*

El análisis longitudinal de las entidades gestoras ha revelado cambios significativos en su estructura y participación. Las entidades implicadas en los hospitales concesionados (Ribera Salud, DKV, Sanitas, entre otras) han experimentado variaciones en su participación a lo largo del tiempo, destacando Ribera Salud como líder accionista en estas colaboraciones.

Se ha observado un proceso de concentración accionarial, cambios en los roles de gestión y un aumento de la intervención de la parte pública en la toma de decisiones. Las peculiaridades del "Modelo Alzira" incluyen el cambio inicial de la "UTE" a la "UTE II" debido a necesidades económicas y asistenciales, ampliando sus servicios y reflejando una adaptación al nuevo entorno sanitario y financiero.

#### 4.1.3. *Sobre la estructura de financiación*

El estudio de la financiación del modelo Alzira ha permitido comprender que los factores externos (como las crisis financieras) no modifican las primas per cápita fijadas previamente por la Generalitat Valenciana. Estas primas son establecidas con antelación, independientemente de las circunstancias económicas o demográficas posteriores.

La modalidad de financiación por capitación refleja el control de pagos que ejerce la administración pública sobre las concesionarias, no solo fijando las primas, sino también estableciendo un límite de rentabilidad máxima para el operador privado.

#### *4.1.4. Sobre la viabilidad económico-financiera*

##### Marina Salud

Presenta una Tasa Interna de Retorno (TIR) positiva del 4,12% pero un Valor Actual Neto (VAN) negativo de -17 millones de euros con una tasa de descuento del 7%. Esto indica que, si bien la rentabilidad anualizada es ligeramente positiva, la inversión global no genera suficiente valor para cubrir el coste de capital aplicado.

##### Torre Vieja Salud UTE

Muestra una situación financiera más desfavorable, con una TIR negativa del -2,68% y un VAN también negativo de -36 millones de euros bajo la misma tasa de descuento. Esta pérdida de valor neto y la rentabilidad negativa reflejan un escenario en el que la inversión no solo no cubre el coste de capital, sino que genera pérdidas económicas significativas.

El análisis de activos y pasivos de ambos grupos ha permitido calcular diferentes ratios económicos y financieros que reflejan una buena liquidez y rentabilidad, aunque en términos generales algo ajustada y mejorable. Estos resultados evidencian que la parte privada no ha sido necesariamente la más beneficiada en este modelo colaborativo.

#### *4.1.5. Sobre el proceso de reversión*

La reversión progresiva del "Modelo Alzira", iniciada como idea en 2015 y puesta en práctica en 2018 con la primera reversión del hospital de Alzira, ha creado diversas tensiones y enfrentamientos. La mayoría de los actores influyentes en este sector se decantaban a favor de la reversión.

Un incentivo detonante fue la actualización de la ley de salud con rigurosas pautas adicionales, limitantes para las concesionarias. Esta reversión continuó con los hospitales de Torre Vieja, Dénia y Manises, sustentándose actualmente el hospital de Elche.

En conclusión, el proceso de reversión del modelo Alzira y de otros hospitales bajo concesión público-privada en la CV está profundamente ligado a la política y a los cambios de gobierno en la región.

La CPP sanitaria empieza en 1997 con el mandato de gobiernos del PP con una ideología conservadora y promoviendo el modelo histórico de alianzas concesionales público-privadas. Seguidamente, cuando llega al poder el Gobierno del Botànic en 2015, empieza el proceso de reversión en los hospitales, con la finalidad de recuperar el control público de esta privatización, con una ideología progresista de la izquierda. Pero con la llegada finalmente al poder de nuevo del PP con Carlos Mazón junto con VOX en 2023, se da un cambio radical en la política, con una ideología conservadora y liberal en lo económico. Este líder, a pesar de ser conservador y posicionado con las alianzas público-privadas, no ha dado marcha atrás en la gestión pública de los hospitales, lo que refleja una cierta continuidad en el modelo sanitario público, aunque con un enfoque diferente en la gestión.

## 4.2. Factores críticos identificados

Los errores encontrados en este modelo ponen de manifiesto los límites estructurales. Aunque la CPP puede ofrecer ventajas iniciales como agilidad de gestión e inversión, también muestra cómo su sostenibilidad requiere de:

- Marcos contractuales más robustos
- Mecanismos efectivos de control
- Una orientación clara al interés público

La falta de estas necesidades afectó de forma negativa a la CPP. Además, se observa un desequilibrio en las partes que conforman las colaboraciones en los hospitales, ya que siempre predomina la postura pública frente a la privada, situación que podría ser regulada para encontrarse frente a partes menos diferenciadas, tanto en lo económico como en lo institucional.

## 4.3. Implicaciones para la práctica y la política

### 4.3.1. Desde la perspectiva pública

Aunque los indicadores muestran pérdidas para los concesionarios privados, la parte pública puede haber obtenido ciertos beneficios importantes, tales como:

- La transferencia del riesgo financiero a la parte privada (aunque este riesgo pudo haber tenido una mala distribución afectando la sostenibilidad del concesionario)
- Con un VAN negativo para el concesionario, el sector público podría haber reducido su desembolso efectivo en comparación con la inversión directa pública

### 4.3.2. Necesidad de reversión de modelos

Los resultados plantean interrogantes sobre la viabilidad financiera y el diseño de los contratos de concesión en el sector sanitario, sugiriendo la necesidad de revisar y adaptar los modelos de Colaboración Público Privada para equilibrar adecuadamente el riesgo y rentabilidad, garantizando tanto la sostenibilidad económica como la calidad del servicio.

### 4.3.3. Hacia modelos más híbridos

La experiencia obtenida a través del "Modelo Alzira" ha permitido observar enseñanzas valiosas sobre los potenciales beneficios y riesgos de la CPP en sanidad. Una posible vía futura debería centrarse en modelos más híbridos en busca de un mejor balance, con:

- Mayor transparencia
- Mejor fiscalización
- Una participación reforzada del sector público en la planificación y evaluación

## 5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alicante Plaza (2024, 31 de enero). *Últimas horas para la reversión a la gestión pública del Hospital de Dénia*. Disponible en: <https://valenciaplaza.com/ultimashorasparalareversionalagestionpublicadelhospitaldedenia1>

Boletín Oficial del Estado. (1982, 1 de julio). *Ley Orgánica 5/1982, de 1 de julio, de Estatuto de Autonomías de la Comunidad Valenciana*. BOE-A-1982-17235. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1982-17235>

Boletín Oficial del Estado. (1986, 25 de abril). *Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad*. BOE-A-1986-10499. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1986-10499>

Boletín Oficial del Estado. (1997, 25 de abril). *Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud*. BOE-A-1997-9021. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1997-9021>

Boletín Oficial del Estado. (2003, 6 de febrero). *Ley 3/2003, de 6 de febrero, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad Valenciana*. BOE-A-2003-4500. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2003-4500>

Boletín Oficial del Estado (2011, 14 de noviembre). *Real Decreto Legislativo 3/2011, de 14 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Contratos del Sector Público*. BOE-A-2011-17887. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2011-17887>

Boletín Oficial del Estado (2017, 3 de febrero). *Real Decreto 55/2017, de 3 de febrero, por el que se desarrolla la Ley 2/2015, de 30 de marzo, de desindexación de la economía española*. BOE-A-2017-1150. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2017-1150>

Boletín Oficial del Estado. (2018, 20 de abril). *Ley 8/2018, de 20 de abril, de modificación de la Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de Salud de la Comunitat Valenciana*. BOE-A-2018-6402. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2018-6402>

Caballer-Tarazona, M., Clemente-Collado, A., & Vivas-Consuelo, D. (2016). *A cost and performance comparison of Public Private Partnership and public hospitals in Spain*. *Health Economics Review*, 6(1), 1-7. Disponible en: <https://healtheconomicsreview.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13561-016-0095-5>

*Cataluña es la CCAA que más contratación público-privada tiene en la sanidad* (2014). *La Vanguardia*, 12 de marzo. Disponible en: <https://www.lavanguardia.com/vida/20140312/54403335491/cataluna-es-la-ccaa-que-mas-contratacion-publico-privada-tiene-en-la-sanidad.html>

CIEGS-UPV (2017a). *Conselleria de Sanidad. Informe Análisis Dénia*. Universitat Politècnica de Valencia.

CIEGS-UPV (2017b). *Conselleria de Sanidad. Informe Análisis Torreveja*. Universitat Politècnica de Valencia.

Consell (2018). *Decreto 22/2018, de 23 de març, del Consell, de regulació en matèria de personal de los efectos de la extinción del contrato de servicio público por concesión del*

Departamento de Salud de la Ribera. *Diari Oficial de la Generalitat Valenciana*, 8263, 12732 - 12767.

Consell (2021). Decreto 164/2021, de 8 d'octubre, del Consell, de regulació en materia de personal de los efectos de la extinción del contrato de servicio público por concesión del Departamento de Salud de Torrevieja. *Diari Oficial de la Generalitat Valenciana*, 9194, 42555 - 42561.

Consell (2024a), Decreto 14/2024, de 23 de enero, del Consell, de regulació en materia de personal de los efectos de la extinción del contrato de servicio público por concesión del Departamento de Salud de Dénia. *Diari Oficial de la Generalitat Valenciana*, 9774, 3286 - 3293.

Consell (2024b). Decreto 47/2024, de 23 d'abril, del Consell, de regulació en materia de personal de los efectos de la extinción del contrato de servicio público por concesión del Departamento de Salud de Manises. *Diari Oficial de la Generalitat Valenciana*, 9835, 17004 - 17011.

*El Hospital de Alzira cumple un año de su reversión entre elogios y crítica* (2019). Valencia Plaza, 30 de marzo. Disponible en: <https://valenciaplaza.com/valenciaplaza/el-hospital-de-alzira-cumple-un-ano-de-su-reversion-entre-elogios-y-critica>

Escobar, A (2018) 2018, el año en que se puso fin al modelo Alzira. *PlantaDoce*, 21 de diciembre. Disponible en <https://www.plantadoce.com/publico/2018-el-ano-en-que-se-puso-fin-al-modelo-alzira>

Generalitat Valenciana. (2017, 9 de enero). Resolución de no prórroga del expediente de contratación 86-2003 correspondiente al Departamento de Salud de la Ribera. Documento institucional.

González-de Julián, S., Polo-Garrido, F., Barrachina-Martinez, I., Vivas-Consuelo, D. (2018, 6 de septiembre). Profitability análisis of public-private partnership in healthcare delivery in Spain.

Hospital Universitario Infanta Elena (s.f.). Información institucional. Disponible en: <https://www.hospitalinfantaelena.es/es/transparencia/informacion-institucional>

Larios, R., Lomas, V. (2007). Modelos de Colaboración público-privada para la construcción y gestión de infraestructuras sanitarias. *Derecho y Salud*, 15(2), 127-136.

Lorda, J. (2024, 6 de mayo). El Hospital de Manises completa la reversión “sin ningún tipo de incidente”. Valencia Plaza. Disponible en: <https://valenciaplaza.com/valenciaplaza/reversion-hospital-manises>

Marqués, J. (2025) Ribera Salud mantendrá la concesión del Vinalopó por cinco años más. *ElEconomista.es*, 12 de marzo. Disponible en: <https://www.eleconomista.es/salud-bienestar/noticias/13263465/03/25/ribera-salud-mantendra-la-concesion-de-vinalopo-por-cinco-anos-mas.html>

Más colaboración público-privada en sanidad, por Pedro Nieto en “expansión” (2024). *Círculo de Empresarios*, 8 de mayo. Disponible en: <https://circulodeempresarios.org/sala-de-prensa/mas-colaboracion-publico-privada-sanidad-pedro-nieto-expansion/>

Parlamento Europeo y Consejo (2014a). Directiva 2014/23/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 26 de febrero de 2014, relativa a la adjudicación de contratos de concesión. *Diario*

Oficial de la Unión Europea, núm. 94, 1-64. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=DOUE-L-2014-80597>

Parlamento Europeo y Consejo (2014b). Directiva 2014/24/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 26 de febrero de 2014, sobre la contratación pública y por la que se deroga la Directiva 2004/18/CE. Diario Oficial de la Unión Europea, núm. 94, 1-64. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=DOUE-L-2014-80598>

Que es el Consorci | Memoria 2010 | Consorci Sanitari del Maresme. Disponible en: [https://www.csdm.cat/Memories/MemoriaCSdM2010/192.168.253.5\\_/0/que-es-el-consorci.html](https://www.csdm.cat/Memories/MemoriaCSdM2010/192.168.253.5_/0/que-es-el-consorci.html)

Qui som | Consorci Sanitari del Maresme (s.f.). Disponible en: <https://www.csdm.cat/ca/el-consorci/qui-som/>

Roehrich, J., Lewis, M., & George, G. (2014). Are public-private partnerships a healthy option? A systematic literature review. *Social Science & Medicine*, 113, 110-119. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953614002871?via%3Dihub>

Salusplay (s.f.). Tema 1. Telesalud: asistencia sanitaria a distancia. Disponible en: <https://www.salusplay.com/apuntes/apuntes-de-salud-digital/tema-1-telesalud-asistencia-sanitaria-a-distancia>

Trives, A. (2021). Cronología de la reversión de Torre Vieja: de la comunicación oficial a la saturación de Urgencias. Alicante plaza, 3 de diciembre. Disponible en: <https://alicantepiazza.es/alicantepiazza/cronologia-de-la-reversion-de-torre-vieja-de-la-comunicacion-oficial-a-la-saturacion-de-urgencias>

Valero, M. (2024). Hospital del Vinalopó: el último rehén de la privatización del PP valenciano. *El Salto*, 25 de abril. Disponible en: <https://www.elsaltodiario.com/sanidad-publica/Hospital-vinalopo-privatizacion-pp-valencia-ribera-salud>

Viola, A. (2021). ¿Qué sabemos de la colaboración público-privada en sanidad en España? *Fedea Policy Blog*, 22 de diciembre. Disponible en: <https://policy.fedea.net/que-sabemos-de-la-colaboracion-publica-privada-en-sanidad-en-espana/>

Vivas, D., Sancho, C., Gómez, M., Roche, C. La colaboración público-privada en Salud en España. El caso del Departamento de Torre Vieja. *Rev Gerenc Polit Salud*. 2020;19. <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/26117>



## 6. ANEXOS

### ANEXO I: RELACIÓN DEL TRABAJO CON LOS ODS.

<i>Objetivos de Desarrollo Sostenibles.</i>	Alto	Medio	Bajo	No Procede
ODS 1. Fin de la pobreza.				X
ODS 2. Hambre cero.				X
ODS 3. Salud y bienestar.	X			
ODS 4. Educación de calidad.				X
ODS 5. Igualdad de género.				X
ODS 6. Agua limpia y saneamiento.				X
ODS 7. Energía asequible y no contaminante.				X
ODS 8. Trabajo decente y crecimiento económico.			X	
ODS 9. Industria, innovación e infraestructuras.	X			
ODS 10. Reducción de las desigualdades.				X
ODS 11. Ciudades y comunidades sostenibles.				X
ODS 12. Producción y consumo responsables.				X
ODS 13. Acción por el clima.				X
ODS 14. Vida submarina.				X
ODS 15. Vida de ecosistemas terrestres.				X
ODS 16. Paz, justicia e instituciones sólidas.		X		X
ODS 17. Alianzas para lograr objetivos.	X			

El tema de mi TFG es el "Análisis del modelo de Colaboración Público Privada (CPP) en el Sistema Nacional de Salud Español".

Por ende, en cuanto su relación con los ODS sería la siguiente:

3 - Salud y bienestar —> Este ODS tiene una alta relación con mi TFG, ya que el tema principal es la sanidad. Analiza una gestión del sistema de salud, mediante la Colaboración Público Privada, cuyo principal objetivo es llevar a cabo actividades encaminadas a mejorar la salud y el bienestar de la sociedad, facilitar el acceso y mejorar la calidad y sostenibilidad del sistema sanitario.

8 - Trabajo decente y crecimiento económico —> La relación de este ODS con el tema de mi TFG es baja, ya que esta colaboración sanitaria tiene como objetivo principal la mejora del sistema sanitario. Pero, por otro lado, sí que podría darse una relación de manera indirecta, al afectar a la calidad del empleo y la eficiencia del gasto, dividiendo sus responsabilidades para buscar la manera más eficiente de conseguir un resultado rentable con una mejora de la gestión sanitaria.

9- Industria, innovación e infraestructuras —> Este ODS tiene una relación alta con el tema analizado, ya que un ejemplo específico tratado en mi TFG sobre este tipo de colaboraciones es el "Modelo Alzira", con un alcance integral, abarcando la construcción de estos hospitales, así como su gestión. Por ello, contribuye a la nueva construcción de infraestructuras modernas, además, del desarrollo tecnológico utilizado y la introducción de modelos innovadores de gestión.

16- Paz, justicia e instituciones sólidas —> Este ODS tiene una relación media, ya que influye de forma indirecta con el tema de mi TFG. Mediante estas colaboraciones se busca construir instituciones sólidas, transparentes y con equidad en el acceso; garantizando una gestión responsable para reforzar la confianza pública y la legitimidad del sistema sanitario.

17 - Alianzas para lograr objetivos —> Este ODS puede ir relacionado con todo tipo de temas, por ello, lo he posicionado en un nivel alto. Como es lógico, para lograr objetivos es necesario establecer relaciones entre diferentes grupos de actores. En el caso de mi TFG, el objetivo sería mejorar la sanidad y, las relaciones establecidas, serían entre el sector público y el privado, haciendo alianzas para poder maximizar la efectividad de la gestión del sistema de salud.