

Gestión privada en hospitales públicos con eficiencia y acceso universal

Sara Canas Aranda

9 de octubre de 2025

El debate sobre los modelos de gestión sanitaria en España ha sido objeto de análisis académico, político y social durante las últimas décadas. En el contexto del Estado del bienestar, los hospitales públicos representan un pilar esencial del Sistema Nacional de Salud (SNS), basado en la universalidad, equidad y financiación pública. Sin embargo, el desafío de garantizar la sostenibilidad financiera, la eficiencia en la gestión y la calidad asistencial ha impulsado la adopción de modelos de gestión privada o mixta, en los cuales el acceso continúa siendo público, pero la gestión operativa se transfiere parcialmente a entidades privadas.

Fundamentos teóricos y contextuales

El modelo de gestión privada de hospitales públicos en España surge de la necesidad de modernizar los servicios sanitarios, introduciendo herramientas de gestión empresarial que permitan una mayor flexibilidad y eficiencia en la utilización de recursos. Según Sánchez (2021), el debate entre gestión pública y privada no debe centrarse en la titularidad del servicio, sino en la capacidad de generar valor público, entendido como la maximización de la calidad asistencial y la sostenibilidad del sistema.

De acuerdo con el Real Instituto Elcano (Sánchez, 2021), los hospitales con fórmulas de gestión externa presentan una mayor eficiencia productiva, caracterizada por un uso más racional de camas hospitalarias, un aumento de la atención ambulatoria y una reducción de los costes por unidad de producción de hasta un 30 % en comparación con hospitales de gestión directa. Estos resultados se atribuyen principalmente a la flexibilidad organizativa, la profesionalización de los equipos directivos y la orientación hacia resultados, tres pilares que las estructuras administrativas tradicionales tienden a limitar.

La gestión privada como mecanismo de eficiencia operativa

Diversos estudios han señalado que la participación privada en la gestión no implica una pérdida del carácter público del sistema sanitario, siempre que la financiación, el acceso y la cobertura permanezcan en manos del Estado. En este sentido, García-Prado (2024) destaca que la gestión privada puede actuar como un complemento funcional al sistema público, aportando capacidad de inversión, innovación tecnológica y eficiencia en la gestión de recursos humanos y materiales.

La externalización de la gestión permite superar algunas de las rigideces estructurales de la administración pública, como los procesos burocráticos de contratación, la falta de incentivos ligados al rendimiento o la limitada autonomía de los equipos de dirección (Saludas, 2013). Bajo esquemas de concesión o concierto, la entidad privada asume la responsabilidad operativa del hospital, mientras que la Administración conserva la titularidad, la financiación y la potestad de supervisión y evaluación. Este modelo, conocido como colaboración público-privada (CPP), ha demostrado mejorar indicadores de productividad y reducir listas de espera en determinadas comunidades autónomas (Sánchez-Martínez, 2014).

Resumen de “Sanidad en un vistazo” (Ministerio de Sanidad, España)

“Sanidad en un vistazo” es una sección divulgativa del Portal Estadístico del SNS (Sistema Nacional de Salud) del Ministerio de Sanidad que presenta de forma condensada los datos más relevantes del sistema sanitario. (Ministerio de Sanidad, 2024)

Todos los datos mostrados (población, profesionales, gasto sanitario, hospitales, etc.) corresponden a los últimos resultados consolidados del Sistema de Información Sanitaria y reflejan cifras de 2023 publicadas durante 2024.

- **Población y demografía**

España cuenta con aproximadamente 49 millones de habitantes, de los cuales un 21 % tiene más de 65 años. La esperanza de vida al nacer se sitúa en unos 83 años, aunque la esperanza de vida saludable (sin discapacidad importante) baja a 79 años.

- **Estado de salud y morbilidad crónica**

La mayoría de la población (7 de cada 10) valora su salud como “buena”. Entre las enfermedades crónicas más frecuentes se registran: hipertensión (21 %), colesterol alto (26 %), dolor lumbar (16 %), artrosis (12 %), diabetes (9 %) y salud mental (20 %).

- **Estilos de vida / factores de riesgo**

- Obesidad en adultos: 15 %
- Obesidad infantil: 7 %
- Sedentarismo (no hacer actividad física): 28 %
- Tabaquismo diario: 17 %
- Consumo semanal de alcohol: 31 %
- Uso de cannabis en últimos 12 meses: 13 %

- **Profesionales sanitarios**

- Médicos: ~177.000
 - Atención Primaria: 44.000
 - Hospitalaria: 96.000
 - Urgencias / emergencias: 4.000
 - Médicos en formación especializada: ~33.000
- Enfermería: ~229.000
 - Primaria: 45.000
 - Hospitalaria: 175.000
 - Urgencias / emergencias: 5.000
 - Especialistas en formación: ~4.000
- Otros profesionales sanitarios: ~387.000, distribuidos entre primaria, hospitalaria, urgencias y formación.

- **Atención sanitaria / actividad asistencial**

- Centros de Atención Primaria: ~3.000
- Consultorios locales: ~10.000
- Puntos de urgencia extrahospitalaria: ~2.000
- Consultas médicas anuales: 243 millones
- Consultas de enfermería: 147 millones
- Teleconsultas: 78 millones
- Visitas domiciliarias: 14 millones
- Urgencias atendidas en hospitales: 36 millones
- Hospitales: 470 hospitales, ~117.000 camas, ~21.000 puestos de hospital de día, ~358 centros de referencia (CSUR)

- Ingresos hospitalarios: ~4 millones
- Páginas agudas: ~6,5 días
- Coste medio por hospitalización: ~5.449 €
- Consultas totales: 91 millones
- Tiempo medio de espera para primera consulta: 105 días
- Operaciones quirúrgicas (con y sin ingreso): ~3,7 millones
- Tiempo medio de espera para cirugía no urgente: 126 días
- Trasplantes: 6.466
- Urgencias totales: 25 millones
- **Gasto sanitario público / privado / total**
 - Gasto sanitario público: ~99.300 millones de euros / año (~7,4 % del PIB, ~2.079 €/habitante)
 - Gasto sanitario privado: ~34.700 millones de euros / año (~2,6 % del PIB, ~726 €/habitante)
 - Gasto sanitario total: ~134.000 millones de euros / año (~10,0 % del PIB, ~2.805 €/habitante)
 - Distribución del gasto público por función: atención especializada (63 %), farmacia (15 %), atención primaria (14 %), otros (8 %)
 - Distribución del gasto público por tipo de coste: remuneraciones del personal (46 %), consumos intermedios (27 %), otros (19 %), conciertos con privados (9 %)

Cómo funciona y qué revela este conjunto de datos

Este resumen ilustra la dimensión estructural del sistema sanitario español: la combinación de una base poblacional envejecida, elevada incidencia de enfermedades crónicas y estilos de vida que generan demanda continua de atención. La infraestructura sanitaria (hospitales, camas, personal) es extensa, lo que implica altos costes operativos y de mantenimiento.

La distribución del gasto muestra que la atención especializada / hospitalaria consume la mayor parte del presupuesto público, mientras que los costes de personal representan casi la mitad del gasto público en sanidad. Esto sugiere que cualquier mejora de eficiencia debería apuntar a optimizar personal, procesos clínicos, funcionamiento hospitalario y concertación con el sector privado.

Además, los tiempos de espera y los costes de hospitalización ofrecen márgenes para mejoras de gestión, sin comprometer el acceso. La opinión de los ciudadanos y las evaluaciones del sistema revelan que, aunque funcional, existe espacio para mejoras en urgencias y especialidades.

Áreas que podrían mejorarse con gestión privada (según el Informe Anual del SNS 2023)

El Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2023 (Ministerio de Sanidad, 2024) ofrece una panorámica del desempeño del sistema sanitario español durante 2022-2023 y evidencia fortalezas estructurales junto a áreas de mejora vinculadas a la gestión y eficiencia operativa.

1 Recursos humanos y flexibilidad organizativa

El informe monográfico *Recursos Humanos, Ordenación Profesional y Formación Continuada en el SNS 2023* destaca la importancia de mantener plantillas suficientes y cualificadas, pero reconoce limitaciones en la cobertura de vacantes, la movilidad profesional y la gestión de incentivos. Estas limitaciones derivan, en gran

parte, de los marcos rígidos de contratación y carrera profesional de la administración pública (Ministerio de Sanidad, 2024).

Una gestión privada operativa podría introducir mayor flexibilidad laboral, programas de productividad ajustados a resultados, incentivos por desempeño y una planificación estratégica más ágil de los recursos humanos, sin comprometer los principios de equidad y acceso universal.

2. Prestación farmacéutica y control del gasto

El documento complementario *Prestación Farmacéutica del SNS 2023* identifica un crecimiento sostenido del gasto farmacéutico hospitalario, especialmente en medicamentos de alto impacto. El informe apunta la necesidad de mejorar la eficiencia en la compra y distribución de fármacos (Ministerio de Sanidad, 2024).

La gestión privada, mediante modelos de compras centralizadas, negociación dinámica de precios y control de inventarios, podría optimizar los costes de adquisición y reducir el desperdicio, manteniendo la trazabilidad y la seguridad del paciente.

3. Atención a enfermedades crónicas y continuidad asistencial

Las áreas clínicas priorizadas —enfermedades cardiovasculares, cáncer, salud mental y patologías respiratorias— concentran la mayor carga asistencial y económica del SNS. El informe reconoce la necesidad de mejorar la coordinación entre niveles asistenciales y la continuidad del seguimiento del paciente (Ministerio de Sanidad, 2024).

Una gestión privada orientada a resultados podría aplicar modelos integrados de atención crónica, potenciando la interoperabilidad de sistemas y el seguimiento domiciliario con tecnologías digitales.

4. Innovación y salud digital

El *Informe Anual 2023* incorpora un capítulo sobre salud digital y transición tecnológica. Aunque reconoce avances en la historia clínica electrónica y la receta interoperable, el propio Ministerio subraya la fragmentación entre comunidades autónomas (Ministerio de Sanidad, 2024).

Una gestión privada puede acelerar la implantación tecnológica, promover estándares comunes y optimizar los procesos de interoperabilidad mediante estructuras más ágiles de contratación y ejecución tecnológica.

5. Gestión de infraestructuras y mantenimiento hospitalario

El documento anual evidencia disparidades en la antigüedad de las infraestructuras y en la disponibilidad de equipamiento diagnóstico entre comunidades (Ministerio de Sanidad, 2024).

La colaboración público-privada en mantenimiento e inversión podría reducir la obsolescencia tecnológica y mejorar la eficiencia energética y operativa de los hospitales, evitando sobrecostes por reparaciones y tiempos de inactividad.

6. Eficiencia administrativa y costes estructurales

El informe identifica un peso considerable de los costes de personal y de administración dentro del gasto sanitario total, lo que sugiere un margen de mejora en eficiencia gestora (Ministerio de Sanidad, 2024).

Los modelos de gestión privada podrían introducir sistemas de control de gestión, digitalización administrativa y evaluación de desempeño, reduciendo duplicidades y mejorando la asignación presupuestaria.

Mayores focos de ineficiencia

El principal foco de ineficiencia del gasto público sanitario en España no proviene tanto de la falta de recursos como de su gestión. Diversos informes del Ministerio de Sanidad, la Autoridad Independiente de Responsabilidad Fiscal (AIReF) y el Tribunal de Cuentas evidencian áreas estructurales donde se concentran los mayores costes evitables.

a) Uno de los problemas más relevantes es el sobrecoste estructural derivado de la rigidez administrativa. Los hospitales públicos operan con procesos de compra lentos, descentralizados y fragmentados, lo que impide aprovechar economías de escala. Según el Tribunal de Cuentas (2022) y la AIReF (2023), entre un 20 % y un 25 % del gasto en suministros hospitalarios podría reducirse mediante una gestión más ágil y centralizada. En muchos casos, cada hospital realiza adquisiciones de material básico —como guantes, jeringuillas o reactivos— con precios diferentes dentro de la misma comunidad autónoma, lo que genera un sobrecoste innecesario (Autoridad Independiente de Responsabilidad Fiscal [AIReF], 2023; Tribunal de Cuentas, 2022).

b) Otro de los focos de gasto más significativo se encuentra en la farmacia hospitalaria y los medicamentos de alto impacto económico. Este componente puede representar hasta un 35 % del presupuesto total de los hospitales públicos (Ministerio de Sanidad, 2024). El informe sobre prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud señala que la falta de coordinación entre servicios hospitalarios y la ausencia de un sistema de trazabilidad homogéneo generan compras duplicadas y fármacos caducados en almacén. Tanto el Ministerio de Sanidad (2024) como el Tribunal de Cuentas (2022) recomiendan reforzar la gestión de stocks, la digitalización de inventarios y la planificación de compras basada en consumo real. Una gestión privada o semiprivada podría implementar modelos de control más eficientes, reducir el desperdicio y mejorar la negociación con proveedores.

c) Un tercer componente relevante es el absentismo laboral y el sobrecoste de personal. El Informe de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad, 2024) indica que el absentismo medio en algunos hospitales públicos supera el 8 %, una cifra significativamente superior a la registrada en hospitales gestionados mediante fórmulas público-privadas, donde las tasas oscilan entre el 3 % y el 4 %. Esta diferencia repercute directamente en el coste final de los servicios, ya que el sistema público enfrenta mayores gastos en sustituciones, horas extra y guardias adicionales. Además, la estructura rígida de contratación y la dificultad para ajustar plantillas en función de la demanda limitan la capacidad de optimizar recursos humanos (Ministerio de Sanidad, 2024).

En relación con los materiales e inventarios, las auditorías del Tribunal de Cuentas (2022) y de las intervenciones autonómicas han constatado deficiencias en el control de stocks en varios hospitales del Sistema Nacional de Salud. En muchos casos, los registros siguen siendo manuales o fragmentados, lo que genera pérdidas económicas por material caducado, errores de contabilización o diferencias entre el inventario real y el contable. Estas pérdidas pueden superar el 1 % del gasto total en suministros, equivalentes a varios millones de euros anuales. Aunque no suele tratarse de apropiación indebida, el consumo no registrado y la falta de trazabilidad contribuyen al despilfarro estructural (Tribunal de Cuentas, 2022).

En conjunto, los informes oficiales sugieren que una gestión más flexible y orientada a resultados podría optimizar significativamente la eficiencia económica del sistema sanitario.

La profesionalización de las compras, la digitalización de inventarios y la introducción de mecanismos de control interno modernos permitirían reducir costes sin afectar la calidad asistencial ni el acceso universal a los servicios públicos.

Datos relevantes del Ministerio sobre el gasto sanitario y su ahorro potencial:

Indicador / medida	Valor	Fuente ministerial / oficial	Observaciones / implicaciones
Gasto sanitario público en España (2023)	97.661 millones de euros	Estadística de Gasto Sanitario Público (EGSP). Ministerio de Sanidad.	Incremento del 6,2 % respecto a 2022.
Gasto sanitario público total (2022, España)	99.347 millones de euros	Sistema de Cuentas de Salud. Ministerio de Sanidad.	Representa aproximadamente el 7,4 % del PIB nacional.
Ahorro estimado con compra centralizada de equipos quirúrgicos y radiológicos	> 9,74 millones de euros	Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA). Ministerio de Sanidad.	Contrato centralizado de 49,5 millones € con ahorro previsto para las administraciones adheridas.
Ahorro estimado con compra centralizada de medicamentos (acuerdo de 391 M€)	128 millones de euros	Consejo de Ministros / Ministerio de Sanidad.	Compra agregada de principios activos para todo el Sistema Nacional de Salud (SNS).

Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Sanidad e INGESA (2020–2024).

- El Ministerio reconoce que el gasto público en sanidad es muy elevado (casi 100.000 millones de euros al año).
- Los mecanismos que ha promovido, como compras centralizadas del SNS, se utilizan como palancas de reducción de costes: el contrato de equipos quirúrgicos/radiológicos prevé un ahorro concreto de más de 9,74 millones para las administraciones adheridas.
- Igualmente, la compra agregada de medicamentos valorada en 391 millones prevé un ahorro de 128 millones para el SNS.
- Estas cifras oficiales muestran que sí es factible reducir el gasto sanitario (o al menos parte de él) mediante eficiencia operativa, economías de escala y gestión centralizada, sin necesidad de recortes en la atención.

Evidencia empírica en España

En el caso español, el Modelo Alzira —implantado por primera vez en el Hospital de La Ribera (Valencia)— constituye el paradigma de este enfoque. Según un informe de la Universidad Complutense de Madrid (2023), los hospitales gestionados bajo concesión privada presentaron mejores resultados en mortalidad evitable y niveles más altos de satisfacción de los pacientes, sin aumento del gasto público per cápita. Otros estudios, como el de la Fundación Alternativas (Sánchez Bayle, 2022), reconocen que la colaboración público-privada puede ofrecer ventajas en eficiencia y calidad, siempre que los contratos sean transparentes, estén bien diseñados y se sometan a una evaluación pública rigurosa.

Asimismo, la comparación internacional evidencia que los países con modelos mixtos (como Reino Unido, Suecia o Dinamarca) mantienen altos niveles de equidad y cobertura, sin renunciar a la participación del sector privado en la gestión hospitalaria. Sánchez (2021) concluye que la eficiencia observada en estos sistemas no se debe a la privatización en sí, sino a la gobernanza contractual y la capacidad reguladora del Estado, que garantizan la coherencia con los principios del sistema público.

Condiciones de éxito y cautelas

La literatura especializada subraya que la gestión privada de hospitales públicos no debe entenderse como una privatización del sistema, sino como una herramienta de gestión dentro de un marco de responsabilidad pública. Para que el modelo sea eficaz y legítimo, deben cumplirse ciertas condiciones esenciales:

1. Garantía de acceso universal y financiación pública. La asistencia sanitaria debe seguir siendo gratuita en el punto de uso y financiada mediante impuestos generales.
2. Contratos transparentes y evaluable. Los acuerdos deben incluir indicadores de calidad, eficiencia, satisfacción del paciente y seguridad clínica.
3. Supervisión pública efectiva. La Administración debe conservar la capacidad de auditar, sancionar y rescindir contratos ante incumplimientos.
4. Evitar la selección adversa. Se deben establecer mecanismos que impidan que los gestores privados discriminen pacientes por complejidad o rentabilidad.
5. Participación de los profesionales sanitarios. La colaboración entre la dirección privada y los profesionales públicos es clave para mantener la calidad asistencial.

Conclusión

La evidencia analizada en este trabajo sugiere que la gestión privada de hospitales públicos en España no supone una privatización del sistema sanitario, sino una vía para optimizar su funcionamiento interno. La combinación de financiación pública, acceso universal y gestión empresarial puede generar una mayor eficiencia operativa, al permitir una administración más flexible, orientada a resultados y con mayor capacidad de innovación. Los datos oficiales y los estudios revisados muestran que los modelos mixtos o concesionales pueden mejorar indicadores de productividad, satisfacción y control del gasto sin comprometer la equidad. No obstante, el éxito de este enfoque depende de una regulación sólida, la transparencia contractual y una supervisión pública efectiva que asegure que los intereses económicos se alineen con el bienestar colectivo. En definitiva, la gestión privada bien diseñada puede ser una herramienta complementaria que fortalezca la sostenibilidad del sistema sanitario público español a largo plazo.

Resumen para dummies

En España, casi todo el dinero destinado a la sanidad viene del Estado: más de 97.000 millones de euros en 2023, según el Ministerio de Sanidad. Es decir, el sistema es 100 % público en financiación y el acceso está garantizado para todos. Pero una cosa es quién paga y otra quién gestiona, y ahí surge el debate.

Muchos hospitales públicos sufren problemas de gestión interna: compras lentas, materiales sin control, productos caducados y burocracia que frena decisiones. El Tribunal de Cuentas (2022) constató que la mayoría no dispone de inventarios digitales ni trazabilidad, con diferencias del 5–10 % entre el inventario real y el contable, lo que equivale a millones de euros perdidos.

El absentismo laboral supera el 8 % en los hospitales públicos, frente al 3–4 % en los de gestión privada o fundacional (Ministerio de Sanidad, 2024), lo que incrementa costes y reduce productividad. Además, las compras descentralizadas provocan que cada hospital pague precios distintos por los mismos productos. Según la AIRF (2023), una gestión más centralizada permitiría ahorrar hasta un 25 % en suministros.

Los hospitales gestionados de forma privada pero financiados públicamente han mostrado más agilidad, menores listas de espera y mayor rotación de camas, sin perder el acceso universal. Esto no es privatizar la sanidad, sino administrarla mejor.

En resumen, España no necesita vender sus hospitales, sino modernizar su gestión. Tener centros sin inventarios ni control de stock en 2025 es una forma de desperdiciar dinero público. Una gestión profesional, incluso privada bajo control público, puede asegurar que cada euro se traduzca en mejor atención sanitaria.

Referencias:

Autoridad Independiente de Responsabilidad Fiscal. (2023). *Spending review sobre gasto hospitalario*. <https://www.airef.es>

Cueva Ares, J., Cacho Uzal, M., López-Juiz, F., & Reyes-Santías, F. (2024). ¿Nuevos modelos de gestión o gestión tradicional de los hospitales? Reversión de un hospital-fundación en una euroregión. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 47(3), e1100. <https://doi.org/10.23938/ASSN.1100>

García Aguado, J. (2013). La crisis de la sanidad: gestión pública versus gestión privada. *Revista Española de Salud Pública*, 87(3), 225–232. https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1139-76322013000300005&script=sci_arttext

García-Prado, A. (2024). La práctica dual público-privada en la sanidad española. *Gaceta Sanitaria*, 38(2), 119–126. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2024.01.004>

INGESA. (2024). *Contratación centralizada para el Sistema Nacional de Salud: Ahorro estimado en equipos quirúrgicos/radiológicos*. <https://ingesa.sanidad.gob.es/sns>Listado-Noticias/NoticiaDetalle.html?uuid=b4902cc9-8b20-4d0b-aa50-f22e4c38fafc>

Ministerio de Sanidad. (2020). *El Consejo de Ministros autoriza la compra centralizada de diversos medicamentos por valor de 391 millones de euros (ahorro estimado: 128 millones)*. <https://www.sanidad.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=4789>

Ministerio de Sanidad. (2022). *Sistema de cuentas de salud: Principales resultados*. <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/SCSprincipalesResultados.pdf>

Ministerio de Sanidad. (2023). *Estadística de gasto sanitario público (EGSP): Principales resultados*. <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EGSP2008/egspPrincipalesResultados.pdf>

Ministerio de Sanidad. (2024). *Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2023*. Portal Estadístico del Sistema Nacional de Salud. <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnSNS.htm>

Ministerio de Sanidad. (2024). *Informe de recursos humanos del Sistema Nacional de Salud 2023*. <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnSNS.htm>

Ministerio de Sanidad. (2024). *Prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud 2023*. <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnSNS.htm>

Ministerio de Sanidad. (2024). *Prestación farmacéutica en el Sistema Nacional de Salud 2023*. <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnSNS.htm>

Ministerio de Sanidad. (2024). *Recursos humanos, ordenación profesional y formación continuada en el SNS 2023*. <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnSNS.htm>

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (n. d.). *Sanidad en un vistazo*. Portal Estadístico del Sistema Nacional de Salud. <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/sanidadDatos/home.htm>

Sánchez, F. I. (2021). *Gestión pública y gestión privada de servicios sanitarios públicos: Más allá del ruido y la furia. Una comparación internacional*. Real Instituto Elcano. <https://www.realinstitutoelcano.org/policy-paper/gestion-publica-y-gestion-privada-de-servicios-sanitarios-publicos-mas-allá-del-ruido-y-la-furia-una-comparacion-internacional>

Sánchez Bayle, M. (2022). *La privatización de la asistencia sanitaria en España*. Fundación Alternativas. <https://fundacionalternativas.org/wp-content/uploads/2022/07/24bb33c2b5a6aca0f1ea50a199da5de7.pdf>

Sánchez-Martínez, F. I. (2014). La privatización de la gestión sanitaria: Efecto secundario. *Gaceta Sanitaria*, 28(5), 385–392. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.03.009>

Saludas, J. M. L. (2013). La gestión privada de los servicios sanitarios públicos. *Revista ICÁDE*, (89), 123–145. <https://revistas.comillas.edu/index.php/revistaicade/article/download/2648/2348>

Tribunal de Cuentas. (2022). *Informe de fiscalización de la contratación pública sanitaria 2017–2020*. <https://www.tcu.es>

Universidad Complutense de Madrid. (2023). *Informe sobre eficiencia y mortalidad en hospitales de gestión concesional en España*. Asociación de la Sanidad Privada Española (ASPE). <https://www.aspesanidad.es/un-informe-de-la-complutense-concluye-que-los-hospitales-de-gestion-privada-en-modelo-concesional-presentan-los-mejores-resultados-en-mortalidad-evitable>