



III Jornadas de reflexión y debate

Las Colaboraciones Público Privadas en el proceso de privatización de la sanidad pública

(Coordinadora de Barrios y Pueblos de Madrid en Defensa de la Sanidad Pública)

Grupo de Trabajo

Auditoría Ciudadana de la Deuda en Sanidad

Enero - 2024

www.auditasanidad.org

 auditasanidad@gmail.com

 [@AuditaSanidad](https://twitter.com/AuditaSanidad)

 <https://www.facebook.com/auditasanidad>

ÍNDICE

Agradecimientos	3
1. Introducción	4
2. ¿Qué es una Colaboración Público Privada?	6
3. Los principales riesgos de las CPPs	8
4. El proceso privatizador global de los sistemas sanitarios	12
5. El proceso privatizador en el sistema sanitario público español	14
6. Deuda generada por las Colaboraciones Público Privadas	18
7. Distribución geográfica de los hospitales modelo PFI y modelo PPP.....	22
8. Algunas propuestas a debatir en relación con las Colaboraciones Público-Privadas.....	26
9. Referencias bibliográficas	29

Agradecimientos

A riesgo de olvidarnos de alguien, desde la Auditoría Ciudadana de la Deuda en Sanidad (Audita Sanidad), nos gustaría agradecer la colaboración prestada en facilitar información sobre la situación de los hospitales modelo PFI¹ (Private Finance Initiative) y modelo PPP (Public Private Partnership) en los diferentes territorios del Estado español:

- Toni Barbará (Catalunya)
- Luigi Carinci y Tania Rojo (Murcia)
- Remigio Cordero y Pai (Extremadura)
- José Luis García Gascón (Castilla – La Mancha)
- Rosa Medel (País Valencià)
- Rafa Palacios (Asturias)
- Nines Raquejo y Pablo Oyágüez (Castilla – León)
- Carmiña Nores (Galicia)

A Lucía Olivares por habernos facilitado los contactos de personas relacionadas con la sanidad pública de diferentes territorios.

A Nicola Scherer, del Observatorio de la Deuda en la Globalización (ODG), por la información facilitada sobre el documento elaborado por el Consejo de la Unión Europea de 21 de diciembre de 2023, con el título: *“Revisión de la gobernanza económica: el Consejo acuerda la reforma de las normas fiscales”*²

Finalmente agradecer a las compañeras y compañeros de Ecologistas en Acción por su colaboración en la elaboración de los mapas.

¹: Mas adelante explicaremos el significado de estas definiciones.

²: Para acceder al documento ir al enlace:

<https://www.consilium.europa.eu/es/press/press-releases/2023/12/21/economic-governance-review-council-agrees-on-reform-of-fiscal-rules/>

LAS COLABORACIONES PÚBLICO-PRIVADAS³ EN EL PROCESO DE PRIVATIZACIÓN DE LA SANIDAD PÚBLICA

1. Introducción

Con la introducción de las colaboraciones o concesiones público-privadas (CPPs) se instauró una forma de acumulación capitalista tras la crisis de los años setenta del petróleo y la industria, que supuso la disminución de la tasa de ganancia. Se trataba y trata de hacerse con los servicios y bienes comunes de las poblaciones, que mayoritariamente estaban en manos del Estado. Una «acumulación por desposesión» de una riqueza social, como dice David Harvey⁴.

Esta «desposesión» se lleva a cabo a través de una colección de estrategias implementadas por la red global de empresas, conectadas y centralizadas, que tiene capturada la mayoría de las instituciones multilaterales como el Banco Mundial (BM), que desde 1987 promueve la «conveniencia» de las empresas transnacionales en la sanidad, el Fondo Monetario Internacional (FMI), la Organización Mundial de Comercio (OMC), la Unión Europea (UE), los estados y toda la red de fundaciones, *lobbies* y *think tanks* que forman la llamada «red de planificación política», empeñada en elaborar las «ciencias» y las «ideologías» que les convienen, y en tratar de influir en las decisiones políticas y sociales.

Las colaboraciones o concesiones público-privadas (CPPs) también llamadas asociaciones (APPs) o partenariados (PPPs, término más común en inglés), nacieron en 1992 en el Reino Unido como una treta contable para esquivar las restricciones del gobierno sobre el endeudamiento público, punto que sigue siendo la principal atracción para los gobiernos y las instituciones internacionales. A medida que en el resto de Europa y del mundo se comenzó a limitar el endeudamiento público con la aplicación de medidas de austeridad, también se disparó la utilización de las CPPs como un componente de la política de privatizaciones y una forma de equilibrar los presupuestos mediante la ocultación del endeudamiento.

En la actualidad, estamos experimentando un auge del modelo CPP, convirtiéndose en la solución casi única para financiar y/o gestionar nuestros bienes y servicios públicos.

³: El texto propuesto se ha obtenido, en parte, de la publicación: *Las colaboraciones público-privadas (CPPs) como herramientas de privatización*. Publicado por el Observatorio de la Deuda en la Globalización (ODG). Autores: Nicola Scherer y Rubén Martínez Moreno (La Hidra Cooperativa), en colaboración con la Auditoría Ciudadana de la Deuda en Sanidad (Audita Sanidad). Licencia Creative Commons.

Se puede acceder al texto completo en el enlace: <https://odg.cat/es/publicacion/cpp-herramienta-privatizacion/>

⁴: Harvey, David. (2004). *El nuevo imperialismo*. Ediciones Akal. Madrid.

El mantra que volvemos a escuchar una y otra vez es que «lo privado» es más «eficaz» y «eficiente» en la gestión de nuestra economía productiva y reproductiva. Así, hay que invitar y facilitar al sector privado a su participación en los sectores que tradicionalmente han sido de dominio público (como salud, educación, transporte, infraestructuras energéticas, políticas de ayudas al desarrollo, servicios de atención a las personas y trabajo social, etc.) para que vayan funcionando mejor.

Cabe señalar que la deuda pública en el Estado español no ha parado de crecer a pesar de las fuertes políticas de austeridad implementadas. La deuda es un mecanismo clásico de creación de dinero en el capitalismo y un proceso antiguo de acumulación de capital que, en la actual fase de financiarización del capitalismo, se ha convertido, junto a otros elementos, en una de las principales herramientas de control del capital sobre los pueblos. A través de ella, y de la priorización de su pago, el neoliberalismo somete a la mayoría de las decisiones de inversión de una sociedad a consideraciones que no tienen como objetivo mejorar la vida de las personas, sino a su reembolso. Por otro lado, los sobrecostes generados por los proyectos CPP inciden directamente en el incremento de la deuda.

En la práctica, ello se traduce en que los gobiernos desarrollan políticas orientadas a despojar de ciertos derechos adquiridos históricamente a las poblaciones y a trasvasar financiamiento de los proveedores públicos hacia los privados, con la consecuencia práctica de que estos derechos colectivos se van convirtiendo en privilegios contingentes para algunos.

En el caso del Sistema Sanitario Público en el Estado español, las estrategias neoliberales en los servicios sanitarios están orientadas por la denominada «tríada neoliberal»:

1. Disminución del papel del Estado e introducción de copagos-repagos.
2. Expansión del sector privado en los sistemas de salud (privatización de los servicios sanitarios)
3. La desregulación del sector público sanitario (fragmentación, competencia y mercado interno).

Desmontar los sistemas sanitarios públicos es un medio para restringir derechos, trasladar el gasto de algunas prestaciones sanitarias a la población y apropiarse las multinacionales, entre otros, de la asistencia sanitaria y de los seguros médicos, así como de los fondos públicos destinados a la sanidad.

2. ¿Qué es una Colaboración Público-Privada?

Las CPPs son contratos a medio o largo plazo entre el sector público y el sector privado. Respaldados por garantías públicas, el sector privado construye y/o gestiona bienes o servicios tradicionalmente proporcionados por las instituciones públicas (ya sea a nivel nacional, regional o local), –como hospitales, escuelas, carreteras, vías férreas, agua, saneamiento y energía, entre otros.

De este modo, se comparte el riesgo del proyecto entre el sector público y el privado o directamente se carga íntegramente en lo público. El contrato puede cubrir las fases de diseño, construcción, financiación, operación o mantenimiento, o cubrir el conjunto de ellas, donde el actor privado recibe pagos de las personas usuarias o de la administración pública.

Podemos distinguir tres categorías principales de Colaboraciones Público-Privadas (CPPs): Concesiones, Empresas conjuntas/mixtas, CPPs contractuales. En el caso de la sanidad pública, el modelo que se ha utilizado es el de las Colaboraciones Público-Privadas contractuales.

¿Qué son las Colaboraciones Público-Privadas contractuales?

Son aquellas donde la relación entre las partes está regida por un contrato. En la UE, la forma más común de CPP es el contrato «*llaves en mano*» de diseño, construcción, financiación, mantenimiento y explotación.

Aquí se encargan al socio del sector privado todas las fases del proyecto, desde el diseño a la construcción, la explotación y el mantenimiento de la infraestructura, incluida la recaudación de fondos (Tribunal de Cuentas Europeo, 2018).

En el Estado español se han identificado dos modelos diferentes:

- Uno es el **modelo PFI** (del inglés Private Finance Initiative).

Este modelo consiste en que empresas privadas, la mayoría empresas constructoras, muchas de ellas hoy en sumarios judiciales por estar implicadas en tramas de corrupción, ejecutan y financian la construcción de los hospitales según un contrato de concesión de obra pública (Ley 13/200312), a cambio de recibir un canon anual por el arrendamiento del edificio y, lo que fue novedoso, por la provisión de los servicios no sanitarios durante treinta años.

- El **modelo PPP** (del inglés Public Private Partnership).

La diferencia respecto de los hospitales modelo PFI consiste en que la gestión de los servicios sanitarios y los mal llamados «no sanitarios» son gestionados por una empresa privada.

Con estas concesiones a largo plazo, la financiación se realiza mediante una remuneración per cápita de la Administración en función del área sanitaria cubierta y un pago «adicional» por los pacientes que, sin estar en su área de cobertura, quieren tratarse en sus centros a través del sistema de libre elección de hospital.



3. Los principales riesgos de las CPPs

Existe una amplia literatura⁵ que demuestra los riesgos que pueda conllevar el modelo CPP.

Resumiendo, identificamos cuatro riesgos principales:

1) LAS CPPs SALEN MÁS CARAS

Las CPPs son, en la mayoría de los casos, el método más caro de financiación. Cuestan a los gobiernos –y, por consiguiente, a la ciudadanía– significativamente más a largo plazo que si los proyectos hubiesen sido financiados directamente con endeudamiento público. Se debe, entre otros:

- Al tipo de interés más alto para las operaciones de financiación privada en comparación con los préstamos al gobierno
- Al hecho de que las empresas del sector privado esperan obtener un beneficio de su inversión, que se añade al coste global de la inversión, o
- Al aumento del coste final de un proyecto a causa de los costes de renegociación. La posición privilegiada de la empresa del sector privado, la falta de experiencia de la entidad pública en estas negociaciones y la falta de transparencia hacen que la renegociación por lo general aumente considerablemente el coste del proyecto (ODG, 2017b).

En las licitaciones públicas se suele seguir el siguiente esquema: las empresas prominentes (del grupo oligárquico) se reparten los concursos de licitación, para lo que hacen precios por la baja, de forma que nadie podría conseguirla sin pérdidas. Una causa sistemática de los aumentos notables en el coste final de la obra es la existencia de un pacto secreto que consiste en que la administración pública admitirá una revisión al alza del precio ante la presentación de algún imponderable que no estaba considerado en el proyecto. Esta circunstancia implica que las tramas corruptas de la administración pública auspician empresas monopolísticas y la connivencia de facciones de los poderes políticos con las estafas de las licitaciones públicas.

⁵: Consultar, por ejemplo: ODG (2017b), Manifiesto internacional (2017), Tribunal de Cuentas Europeo (2018), EURODAD (2018), ODG (2018), EURODAD (2019).

Sin embargo, la rentabilidad política puede ser favorable para la clase política gobernante, ya que ofrece la posibilidad de llevar a cabo en poco tiempo (cuatro años hasta las próximas elecciones) «grandes cosas». Las políticas a corto plazo salen muchas veces rentables a nivel electoral, pero no a largo plazo para las arcas públicas⁶.

2) LAS CPPs CONLLEVAN MÁS RIESGOS PARA LA PARTE PÚBLICA

En principio, en un proyecto de CPP los riesgos deberían asignarse a la parte que esté mejor capacitada para gestionarlos, con el objetivo de alcanzar el equilibrio óptimo entre el desplazamiento del riesgo y la compensación para la parte que lo asume (Tribunal de Cuentas Europeas, 2018).

Las prácticas actuales de contabilidad de las CPPs permiten a los gobiernos mantener el proyecto fuera de sus cuentas, ya que es el sector privado y no el gobierno el titular del préstamo que financia el proyecto. Se llama «contabilidad creativa», donde el coste real de un proyecto está escondido «fuera de balance» y, por tanto, no son transparentes ni auditables. Existe una falta total de información sobre los avales públicos en proyectos CPPs.

A día de hoy, no se puede calcular con exactitud cuánta deuda pública se podría crear a través del modelo CPP –si lo público tiene que rescatar una inversión privada–, convirtiendo la deuda privada finalmente en deuda pública. Dichas prácticas exponen las finanzas públicas a excesivos riesgos, y en muchos de estos casos de «rescate» pueden calificarse como deudas ilegítimas.

3) LAS CPPs AMENAZAN LA DEMOCRACIA, FALTA DE TRANSPARENCIA Y CORRUPCIÓN

Las CPPs suelen adolecer de falta de transparencia y un control público limitado, que conduce en muchos casos a una toma de decisiones deficiente –debido a una menor supervisión–, y a un aumento de oportunidades para el comportamiento corrupto (ODG, 2017b). Muchos países no revelan públicamente los detalles completos de las garantías y de las obligaciones futuras inciertas asociadas con las CPPs, ni las condiciones que los generaron o sus contratos, lo que es de vital importancia para el control público.

⁶: Un ejemplo en la sanidad pública son los contratos de concesión de obra, denominados hospitales modelo PFI. La concesión suele ser por un plazo de 30 años, con posibilidad de ampliar a cinco años más. Existe evidencia de que este tipo de hospitales tienen un coste entre 7 y 8 veces más que si el hospital se hubiera construido con recursos públicos.

Ver:

Oyagüez, P.P. Ayllón J.A. (2016): *El modelo del HUBU: Perjudicial para el interés general*. Segundo informe para la recuperación del HUBU. Edita: Sanidad Pública Sí. Burgos.

<https://www.sanidadpublicasi.es/2016/11/modelo-del-hubu-perjudicial-para-interes-general.html?m=1>

CAS Madrid (2010). *¿Por nuestra salud? La privatización de los servicios sanitarios*. Editorial Traficantes de Sueños. Madrid.

Además, los contratos CPP muchas veces socavan el derecho y la obligación del Estado de regular en el interés público. Las CPPs pueden limitar la capacidad de los gobiernos de promulgar nuevas políticas –por ejemplo, regulaciones medioambientales o sociales reforzadas– que pueden afectar a proyectos específicos. Se podría decir que las CPPs hipotecan el futuro en materia de finanzas públicas sanas y atención sanitaria pública adecuada a la población.

4) LAS CPPs PRODUCEN IMPACTOS SOCIALES, AMBIENTALES Y DE GÉNERO

Las CPPs pueden resultar en abusos a los derechos humanos, sociales, ambientales y de género. En muchos casos, el sector privado selecciona un pequeño número de los proyectos más rentables y convencen a los gobiernos para que den prioridad a la inversión a dichos proyectos, no teniendo en cuenta la distorsión que esto causa en la provisión de los servicios públicos, la sostenibilidad del proyecto ni sus impactos en los derechos humanos y ambientales. El servicio final está subordinado a la rentabilidad económica; el “negocio de construir”.

El modelo CPP de megaproyecto tiene un impacto climático devastador⁷, que pone en peligro a las comunidades y generaciones futuras, que se ven afectadas por el cambio climático, especialmente en el sur global.

Los megaproyectos diseñados en todo el mundo se basan fundamentalmente en el transporte con altas emisiones de carbono (aeropuertos, autopistas) y en la infraestructura energética (incluidos los combustibles fósiles).

El modelo CPP exagera la desigualdad de género. Primero, la búsqueda de ganancias por parte del sector privado restringe el acceso a los servicios para las personas más vulnerables, a menudo las mujeres, mujeres emigradas, etc.

Por ejemplo, un cambio en las tarifas de los usuarios del transporte afecta especialmente a las mujeres, ya que son las principales usuarias para ir al trabajo o para realizar su trabajo de cuidadoras.

⁷: La construcción de grandes proyectos con el modelo CPP –como represas, redes eléctricas, plataformas petrolíferas, gaseoductos, minas, puertos, ferrocarriles y autopistas–, produce una violación de los derechos humanos fundamentales. Los grandes proyectos de infraestructura o corredores como la Iniciativa del Cinturón y la Ruta de la Seda (Belt and Road Initiative en inglés) están destruyendo territorios y ecosistemas, y desplazando comunidades enteras, especialmente en el sur global, que se enfrentan además a violencia y represión por parte de las corporaciones.

La iniciativa llevada a cabo por China contempla la construcción de seis importantes corredores de cooperación económica y varios puntos de articulación marítima clave a lo largo de Eurasia, principalmente a través de infraestructura vial, ferroviaria, portuaria y de energía.

El enorme volumen de inversiones en infraestructura a gran escala, producción de energía, extracción de recursos e industrias de procesamiento/manufactura tendrá inevitablemente profundos impactos en los ecosistemas naturales, las rutas migratorias de animales y los patrones de comercio de recursos.

Además, mientras más pagan los gobiernos a empresas privadas, menos pueden gastar en servicios sociales esenciales y con una perspectiva de género, como la protección social universal, vitales para la realización de los derechos de las mujeres. Por último, el objetivo del inversor privado de obtener beneficios, limita la provisión de trabajo decente para las mujeres en los proyectos CPP. Por ejemplo, existe una tendencia creciente a utilizar agencias internacionales para subcontratar trabajadores con contratos flexibles (Graham, 2010). La lógica de la subcontratación deteriora las condiciones de trabajo, especialmente en lo que respecta a la prevención de riesgos laborales.

Muchas de las empresas que consiguen licitaciones de CPP cambian después de titular en el mercado de control, por lo que pasan de ser propiedad de unos accionistas a otros, incluso a fondos especulativos sin ninguna vocación sanitaria. Varios hospitales CPP cambiaron de accionista muchas veces desde que consiguieron su incorporación a la contratación sanitaria pública. La Administración Sanitaria tiene potestad para autorizar o no esa transacción, aunque no la suele ejercer. La dirección habitual de esas ventas del control de las empresas suele ser: de titularidad española hacia titularidad exterior (y por lo tanto la pérdida de control del país sobre la dirección y la estrategia de la sanidad pública) y de accionistas de vocación sanitaria hacia accionistas especulativos con perfil tipo fondos globales.



4. El proceso privatizador global de los sistemas sanitarios

La estrategia del Banco Mundial, en su informe de 1987 sobre «*Financiación de los servicios sanitarios: un programa de reformas*», recomendó cuatro medidas para aplicar en los sistemas de salud de los gobiernos a nivel mundial:

- 1) Trasladar gasto a los usuarios de los sistemas sanitarios públicos.
- 2) Introducir seguros privados para cubrir los principales riesgos para la salud.
- 3) Potenciar la utilización de los servicios privados con cargo a fondos públicos.
- 4) Descentralizar y fragmentar los sistemas sanitarios públicos para promover la competencia interna de proveedores.

La concesión al sector privado de servicios públicos lleva implícita la aceptación de los servicios de salud como un valor de cambio en vez de un valor de uso, pasando de concebir los servicios sanitarios como instrumentos para satisfacer las necesidades de salud de la población a un área de negocio, donde se prioriza asegurar el beneficio económico de los accionistas sobre los resultados de salud de la población. Esta reorientación estratégico-ideológica está orientada a introducir el mercado en espacios que antes les estaban vetados y reservados al Estado.

Se llevan a cabo reformas estructurales en todos los ámbitos: recortes financieros, fragmentación de actividades, contrata y subcontratas, reducciones de personal y precarización, degradación de las infraestructuras de los servicios públicos, y, sobre todo, introduciendo como ley suprema la rentabilidad económica, degradando el carácter de servicio público y promoviendo la inviabilidad del estado social (mal llamado «del bienestar»), que debe desmontarse, y promoviendo la Agenda de Salud del siglo XXI (Partnership, colaboración público-privada, minimizar y desregular lo público y aumento del copago).

Desmontar los sistemas sanitarios públicos es un medio para restringir derechos, trasladar el gasto de algunas prestaciones sanitarias a la población y apropiarse las multinacionales, entre otros, de la asistencia sanitaria, de los seguros médicos y de los fondos públicos destinados a la sanidad.

En el sector del servicio sanitario público hay una estrategia introducida de forma lenta y subrepticamente que tiene las siguientes dimensiones:

La económica se caracteriza, por un lado,

- Por la disminución lenta pero progresiva de la financiación pública mediante recortes presupuestarios.

- Aumento de la participación económica obligatoria de los ciudadanos.
- Incentivando la inversión privada para que aumente el tanto por ciento del gasto sanitario global a expensas del sector privado y
- El papel del mercado y del consumo en la satisfacción de las necesidades en salud de la población.

La sanitaria se caracteriza por priorizar:

- Los objetivos sobre la enfermedad, limitando las actuaciones preventivas, promotoras o rehabilitadoras.
- Focalización en la reducción de costes sin preocupación en la calidad y en la satisfacción de necesidades.
- Ruptura del aseguramiento único, obligatorio y universal que genera la selección negativa de riesgos, el aumento de la desigualdad, la disminución de los recursos públicos, la ruptura de la solidaridad y el aumento del gasto sanitario.
- La privatización de la provisión de los servicios con un incremento de la provisión privada y la desregulación del sistema sanitario público creando un marco legal que ha posibilitado medidas como la separación de las funciones de financiación, compra y provisión de servicios, la privatización de la gestión de centros públicos (dando lugar a la creación de empresas públicas, consorcios, fundaciones públicas o institutos clínicos), el impulso al acceso de financiación pública para la oferta privada, la reorganización política de los centros públicos e instauración de una nueva organización del trabajo a través de la gestión clínica y la introducción de la competitividad y mecanismos de mercado.
- En la política de personal se introducen elementos de mayor flexibilidad y precariedad en el empleo y alternativas de contratación parcial o por vía de empresas privadas de servicios y propiciando también reestructurar el papel de los profesionales.
- Por último, se produce una redistribución del poder con mantenimiento de un peso fundamental de los sectores profesionales médicos, de las industrias, de la farmacia, de la electromedicina, de la informática y de las aseguradoras, y reforzando el papel de la tecnoestructura y de los partidos políticos, pero dejando muy limitado el papel de la comunidad y de la población.

5. El proceso privatizador en el sistema sanitario público español

En el Estado español, desde hace tres décadas, se produce una infiltración progresiva del dogma neoliberal y de la irrupción de los intereses transnacionales globales con respecto a los «derechos», la solidaridad, el valor de los servicios públicos y la supuesta mayor eficiencia del sector privado.

La mercantilización y la privatización se están utilizando para abolir los sistemas nacionales de atención universal de salud. La mercantilización hace referencia a la introducción de criterios mercantiles en el funcionamiento y gestión de las administraciones públicas. Definimos la «privatización» como «la transferencia o desplazamiento, parcial o total, de las funciones o activos públicos hacia el sector privado». Este proceso de transferencia puede afectar a la financiación, la provisión, la gestión o la inversión.

Se pretende en el Estado español un cambio de modelo sanitario que se concreta en:

1. Recortes en los presupuestos del Estado con políticas de control y restricción de la inversión y del gasto público con financiación insuficiente del sector sanitario público.
2. Cambios en el modelo sanitario consensuado en el conjunto del Estado.

A través de modificaciones de leyes y el marco constitucional aprobado para desregularizar el sistema sanitario público. Las más significativas fueron el Informe Abril Martorell de 1991, cuyas recomendaciones se fueron aplicando progresivamente. Entre las primeras que se adoptaron de gran impacto fueron la separación de las funciones de compra, provisión y financiación. Posteriormente, la Ley 15/97 sobre nuevas formas de gestión de los servicios públicos y como consecuencia de un acuerdo entre el gobierno del PSOE, presidido por Rodríguez Zapatero, y el Partido Popular, se modificó, en agosto de 2011, el artículo 135 de la Constitución española, que establece la prioridad en el pago de la deuda y de los intereses por encima de cualquier otro gasto público.

3. Limitar la amplitud del derecho a la asistencia sanitaria de los ciudadanos residentes en el país según diversos criterios y categorías.

El Real decreto 16/2012, de 20 abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud cambió la accesibilidad universal al Sistema Público de toda persona residente, importante conquista social e histórica reciente, pasando a impedir el acceso al sistema a la población que no cumpla los criterios de «aseguramiento».

Esto promueve la exclusión social y sanitaria de un sector social más vulnerable y deteriora su salud. El PSOE ha aprobado un nuevo Real Decreto Ley 7/2018 sobre el acceso universal a la asistencia sanitaria que pretende revertir la situación, pero todavía con ciertas barreras que impide reconocer la universalidad.

4. Restringir la amplitud de las prestaciones sanitarias incluidas en el sistema público.

Limitar la atención integral a la salud y propiciar la derivación de la atención de esas necesidades excluidas al sector privado para quien las pueda financiar vía aseguramientos privados (por ejemplo, de la asistencia bucodental, etc.) o aumentar el pago directo de las prestaciones no básicas (por ejemplo, medicamentos no financiados, aumento de los repagos)⁸.

5. Adelgazamiento del sector sanitario público con disminución de plantillas y precarización laboral.

Se ha instaurado una política de personal en la sanidad pública de flexibilidad extrema, con elevados porcentajes de precariedad, que rondan en muchos servicios de salud el 40% de todos/as los/as trabajadores/as sanitarios/as.

Jubilaciones forzosas, y unas tasas de reposición que cayeron hasta un 10% en un amplio grupo de trabajadores del sector sanitario con aumento de las jornadas laborales y sobrecargas asistenciales, baja reposición de materiales y recursos, escasa inversión de nuevos recursos y como alternativa introducción progresiva de Colaboraciones Público-Privadas para nuevas inversiones o de privatización de la provisión de servicios. Así podemos comprobar como el Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) perdió en la crisis 6.000 profesionales sanitarios, de los que todavía no ha recuperado más de 3.000.

6. Aumentar el peso y la influencia del sector privado y de los agentes económicos y financieros.

A través de:

- Fragmentación de la red sanitaria pública.

⁸: **Aclaración:** Se utiliza el término «repago» en vez de «copago». El término «copago» pretende trasladar la imagen falsa a la ciudadanía del gratis total en la atención sanitaria, cuando es esta quien financia el Sistema Nacional de Salud con sus impuestos.

Se trata, por tanto, no de copago, sino de repago, ya que se pretende una doble imposición para financiar el sistema introduciendo de nuevo el precio en un sistema sanitario que hasta ahora se basaba en necesidades de salud y en valores como la universalidad, la equidad, así como la financiación y la previsión públicas.

- Cesión de propiedad, privatización de la provisión, subcontratación y concesiones administrativas de servicios, la privatización de la gestión y la empresarialización de los centros de gestión directa⁹.
- Participación en la financiación de las inversiones.
- La subordinación de la Administración pública a los *lobbies* sanitarios en la sanidad pública.

7. Ruptura del aseguramiento único.

Propiciar y promover aseguramientos privados complementarios en el sistema público con posibilidad de desgravación fiscal en pólizas colectivas en una primera fase, pero con la intención bien explicitada de romper el modelo incipiente de Sistema Nacional de Salud y dar mayor opción y protagonismo al sector privado y la defensa de la libertad de elección de la ciudadanía. Otro ejemplo sería el de las mutualidades de funcionarios¹⁰, que siguen manteniéndose como anomalía y privilegio de cierto sector de población.

8. Mayor aportación de la población a la financiación del Sistema Nacional de Salud (SNS).

Traslado de una mayor parte de la factura sanitaria a los bolsillos de la ciudadanía y aumento de la aportación de los trabajadores en los ingresos del Estado. En la última década, el tanto por ciento del gasto sanitario privado ha pasado del 20% al 28% del gasto sanitario total¹¹.

Incluimos también el aumento de la contribución de los ciudadanos en el pago de los servicios y en la financiación del propio sistema público mediante las tasas y los repagos en prestaciones determinadas como los medicamentos, traslados y prótesis.

⁹: La gestión directa o producción del servicio público directamente por medio de la Administración pública, aunque sea con persona jurídica interpuesta, por ejemplo:

- Organismos Autónomos Administrativos.
- Ente público (EP).
- Consorcio.
- Fundación.
- Sociedad mercantil pública.

¹⁰: Las tres mutualidades de funcionarios son:

- Mutualidad de Funcionarios de la Administración Civil del Estado (MUFACE),
- Mutualidad General Judicial (MUGEJU) e
- Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS).

¹¹: Según datos de la Fundación IDIS en el año 2023, el gasto sanitario privado fue de 32.140 millones de euros y el gasto sanitario público supuso un importe de 88.063 millones de euros. Por tanto, el gasto sanitario total fue de 120.203 millones de euros.

Esto significa que el gasto sanitario privado representó el 28% del gasto sanitario total.

Ir al enlace de la Fundación IDIS:

https://www.fundacionidis.com/folleto/idis_sanidad_privada_aportando_valor_2023_20230522.pdf

9. Cercenar y/o limitar el derecho de la ciudadanía a la participación comunitaria en la planificación y control del sistema en su conjunto y de los servicios.

Por ejemplo, se han eliminado los órganos de participación y control sanitario en los territorios y servicios. Además, se prioriza el término y la práctica de la libre elección del usuario o cliente de profesionales sanitarios y servicios y centros sanitarios con los que quiere ser atendidos.

10. Desprestigio y deslegitimación del servicio público.

A través de:

- 1) Difundir una ideología de salud basada en el paradigma biomédico, hospitalocéntrico y medicalizador, individualista. Promover la idea de la salud=tecnología y la medicalización de la vida cotidiana.
- 2) Señalar a los propios enfermos como culpables de la enfermedad y de sus problemas de salud, del derroche y el gasto poco racional poniendo el foco en lo individual, diluyendo la responsabilidad del profesional y la administración, e invisibilizando el papel de los determinantes sociales de la salud. Se muestra una tendencia individualista.
- 3) Caracterizar y estigmatizar lo público como poco competitivo, ineficiente y derrochador señalando que no hay recursos para todos y que el gasto más racional es mediante la gestión empresarial. Se muestra una tendencia economicista.
- 4) Mercantilizar y privatizar los recursos haciendo cada vez más opacos los procesos de propiedad, gestión y control de los servicios públicos. Se muestra una tendencia privatizadora.
- 5) Empujar a las clases pudientes hacia el sector privado, creando una sanidad para ricos y una sanidad para pobres.

6. Deuda generada por las Colaboraciones Público Privadas

Como se ha mencionado en el punto tres de este documento, las CPPs son, en la mayoría de los casos, el método más caro de financiación. Cuestan a los gobiernos –y, por consiguiente, a la ciudadanía– significativamente más a largo plazo que si los proyectos hubiesen sido financiados directamente con endeudamiento público.

Varios son los factores que inciden en los sobrecostes generados por las Colaboraciones Público Privadas:

- Los sobrecostes generados en la construcción del hospital modelo PFI¹² o modelo PPP¹³.
- El incremento progresivo del canon anual¹⁴ que se abona a las empresas adjudicatarias del contrato de concesión de obra de los hospitales modelo PFI.
- El incremento del pago «per cápita»¹⁵ establecido con las empresas adjudicatarias que gestionan los hospitales modelo PPP.



¹²: El presupuesto inicial del Hospital Álvaro Cunqueiro se cifró en 360 millones de euros. Los informes finales calculan un sobrecoste de 1.000 millones sobre la partida inicial. Ir al enlace:

<https://vallapolitica.wordpress.com/2015/10/26/hospital-alvaro-cunqueiro-rentable-para-quien/>

En el caso del Hospital de Burgos el coste inicial se estableció en 1.010 millones de euros. El coste final ha supuesto un importe de 1.667 millones de euros y 41 millones de euros más. Es decir, el coste total aumenta hasta los 1.708 millones de euros.

Para más información ver:

Oyagüez, P.P. Ayllón J.A. (2016): *El modelo del HUBU: Perjudicial para el interés general*. Segundo informe para la recuperación del HUBU. Edita: Sanidad Pública Sí. Burgos.

<https://www.sanidadpublicasi.es/2016/11/modelo-del-hubu-perjudicial-para-interes-general.html?m=1>

¹³: Ver "Estudio de caso: El Hospital General de Villalba". Ir al enlace:

https://odg.cat/wp-content/uploads/2019/10/ODG-CPP3_SANCAST-2.pdf

Se produjo un sobrecoste en la construcción del hospital. Originalmente estaba prevista una inversión de 108 millones de euros pero, al final, la cifra fue de 201 millones de euros.

¹⁴: En el caso del Hospital Álvaro Cunqueiro, el canon se ha incrementado sustancialmente en relación con el canon establecido inicialmente. Ir al enlace:

<https://www.farodevigo.es/gran-vigo/2023/09/12/alta-inflacion-instaura-sobrecoste-cerca-91967051.html>

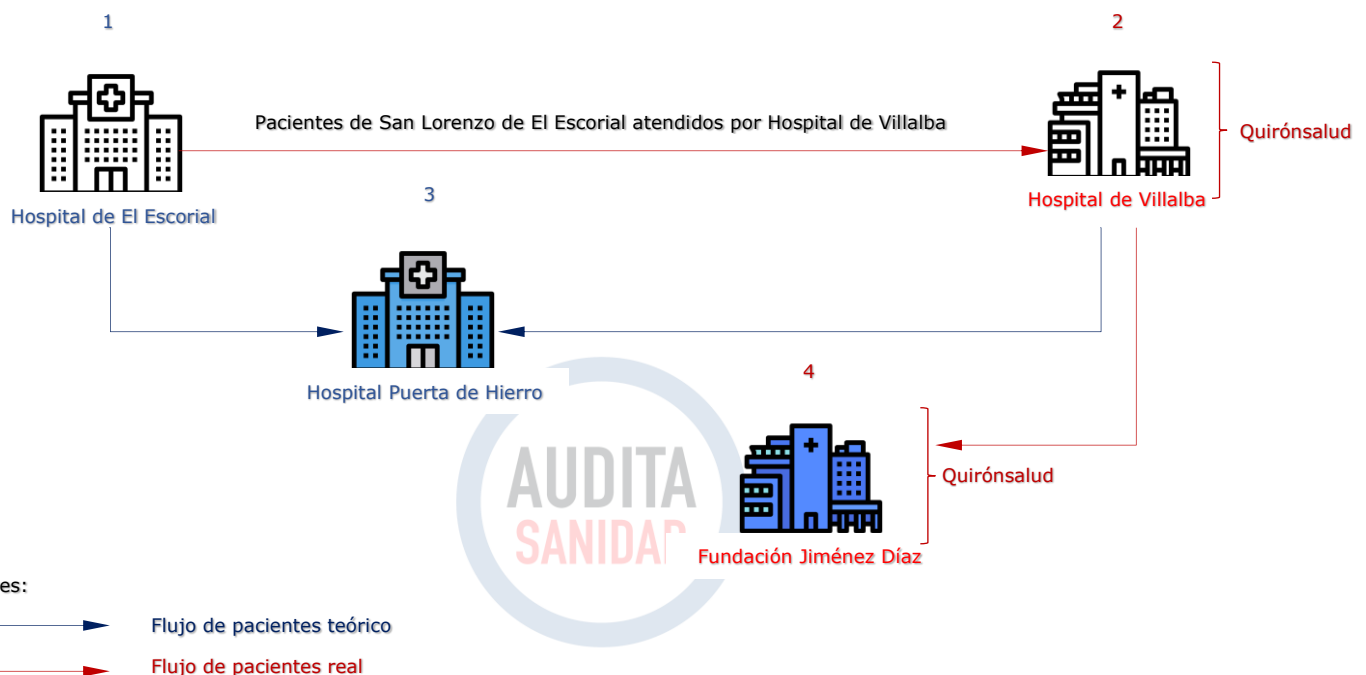
¹⁵: La financiación capitativa es un sistema que consiste en asignar al conjunto de proveedores de cuidados sanitarios de una zona geográfica determinada, un fondo económico por cada persona de dicha zona que está incluida dentro de la población protegida, durante un periodo determinado (normalmente un año). Este fondo económico (cantidad monetaria) se caracteriza por:

- Ser equivalente al gasto teórico en servicios de salud de una persona durante el periodo definido.
- Estar ajustado en función de determinadas características sociodemográficas y de salud de la población de dicha zona geográfica.
- Ser independiente del nivel de utilización de servicios sanitarios que se produzca durante el periodo de tiempo determinado.
- Es en este último caso donde creemos que se genera una deuda ilegítima importante. Se le paga a la entidad concesionaria un «per cápita» independientemente de que se utilice o no la prestación del servicio sanitario.

- La llamada “facturación intercentros” en la que por una parte se detrae del montante del presupuesto asignado la atención sanitaria que haya sido prestada a población asignada al Hospital modelo PPP por otros centros (por acto médico), y por otra se abona la atención sanitaria que el centro haya prestado a pacientes no pertenecientes a su ámbito de referencia.

Para una mejor comprensión, la figura 1 muestra el proceso de “facturación intercentros” tomando como ejemplo el Hospital de Villalba (modelo PPP):

Figura 1



Flujo de pacientes teórico:

El Hospital de Villalba¹⁶ factura a la Consejería de Sanidad por los pacientes atendidos que vienen del Hospital de El Escorial. Si la patología del paciente no pudiera ser prestada en su totalidad en el Hospital de Villalba, en teoría, se tendría que derivar al Hospital de Puerta de Hierro (hospital de referencia) que, a su vez facturaría al Hospital de Villalba.

Flujo de pacientes real:

Para evitar que el Hospital de Puerta de Hierro facture por los pacientes derivados desde el Hospital de Villalba, este hospital deriva los pacientes a la Fundación Jiménez Díaz. Ambos centros sanitarios pertenecen a Quirónsalud-Fresenius. De esta forma, evitan la facturación del Hospital Puerta de Hierro.

La consecuencia es que se produce exclusivamente facturación a la Consejería de Sanidad. Supone un sobrecoste que, indirectamente, genera deuda en sanidad.

¹⁶: El Hospital General de Villalba es el hospital de referencia de los habitantes de:

- Alpedrete
- Becerril de la Sierra
- Cercedilla
- Collado Mediano
- Collado Villalba
- Los Molinos
- Moralarzal
- Navacerrada

- El tipo de interés abonado a los acreedores del préstamo en el proceso de endeudamiento.

Un ejemplo es la Comunidad de Madrid¹⁷. Es la única comunidad autónoma de régimen común que se financia al 100% al margen del Estado. Esta decisión de acudir al mercado por libre que tomó en 2012 Esperanza Aguirre y que han mantenido todos los presidentes que la han sucedido supone que la región está pagando más intereses que ningún otro territorio por su deuda.

Solo en el último año del que existen datos, en 2022, la Comunidad de Madrid que preside Isabel Díaz Ayuso ha abonado 612 millones de euros en intereses de la deuda. Más de la mitad, 314 millones, se los podía haber ahorrado si se hubiera financiado a través del Fondo de Liquidez Autonómico (FLA), puesto en marcha en 2012 por el entonces ministro de Hacienda, del PP, Cristóbal Montoro, para rescatar a las comunidades de la crisis económica.

Desde la perspectiva de la Auditoría Ciudadana de la Deuda en Sanidad los sobrecostes señalados en los puntos anteriores suponen un incremento de la deuda en sanidad. Pero no sólo se genera deuda financiera sino también deuda ecológica y social.

¿Qué se entiende por Deuda ilegítima?

La «deuda ilegítima» no es una noción técnica ni jurídica, sino un concepto político que evoluciona en función del contexto territorial. Es decir, debe ser la propia ciudadanía la que defina democráticamente qué es la deuda ilegítima en un determinado momento histórico.

Con carácter general, se define como la deuda contraída por los poderes públicos sin respetar el interés general o a favor del interés particular de una minoría privilegiada.

También se puede definir como la generada por culpa de la privatización de servicios que habían sido públicos, por el sobrecoste generado por la gestión privada y por la pérdida de ingresos del Estado.

De acuerdo con las definiciones anteriores se podría inferir que la práctica totalidad de los sobrecostes generados por las Colaboraciones Público Privadas son deuda ilegítima.

¹⁷: El gobierno del Partido Popular de la Comunidad de Madrid, presidido por Isabel Díaz Ayuso, pagó 314 millones más en intereses de la deuda en 2022 por financiar Madrid al margen del Estado.

Ver noticia en eldiario.es:

https://www.eldiario.es/madrid/gobierno-ayuso-pago-314-millones-intereses-deuda-2022-financiar-madrid-margen_1_10802109.html

Ver informe elaborado por el BBVA: file:///C:/Users/Vicente%20Losada/Downloads/Endeudamiento_CCAA-1.pdf

Lo justo no siempre es legal y lo legal no siempre es justo. Para un proceso de auditoría ciudadana es muy importante introducir el término de “deuda ilegítima” frente al de deuda legal porque ofrece un marco desde el que juzgar de una manera política, ética y moral los procesos de endeudamiento y a las personas que los ejecutaron.



7. Distribución geográfica de los hospitales modelo PFI y modelo PPP

El proceso de Colaboraciones Público-Privadas en el ámbito de la sanidad pública en el Estado español se inició en el año 1997 con el hospital de La Ribera, conocido como modelo Alzira, en el que el gobierno valenciano del Partido Popular (PP) firmó un contrato por 10 años prorrogable a 15 con la Unión Temporal de Empresas (UTE) que formaban, en ese momento, Adeslas, controlada por Caixabank (con el 51% de las acciones), y Ribera Salud -de la que eran accionistas la Caja de Ahorros del Mediterráneo (CAM) y Caixa Carles (con el 45%) y ACS-Dragados y Lubasa (con el 4%). El hospital empezó a funcionar en 1999¹⁸.

A partir de ese momento, el modelo se ha ido extendiendo a lo largo de todo el territorio del Estado español. A fecha de hoy, las Comunidades Autónomas que tienen hospitales modelo PFI o modelo PPP se pueden ver en el mapa 1.

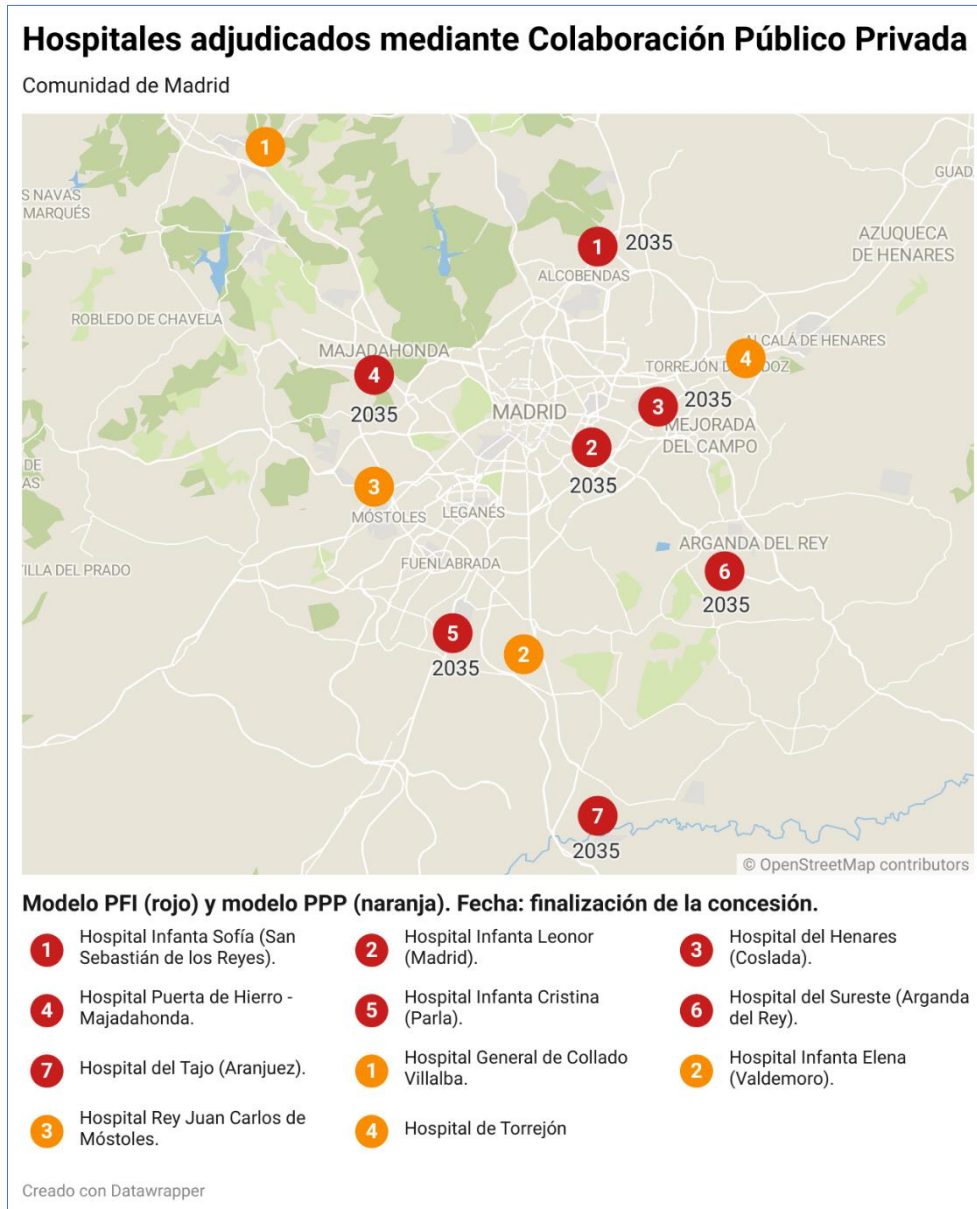
Mapa 1



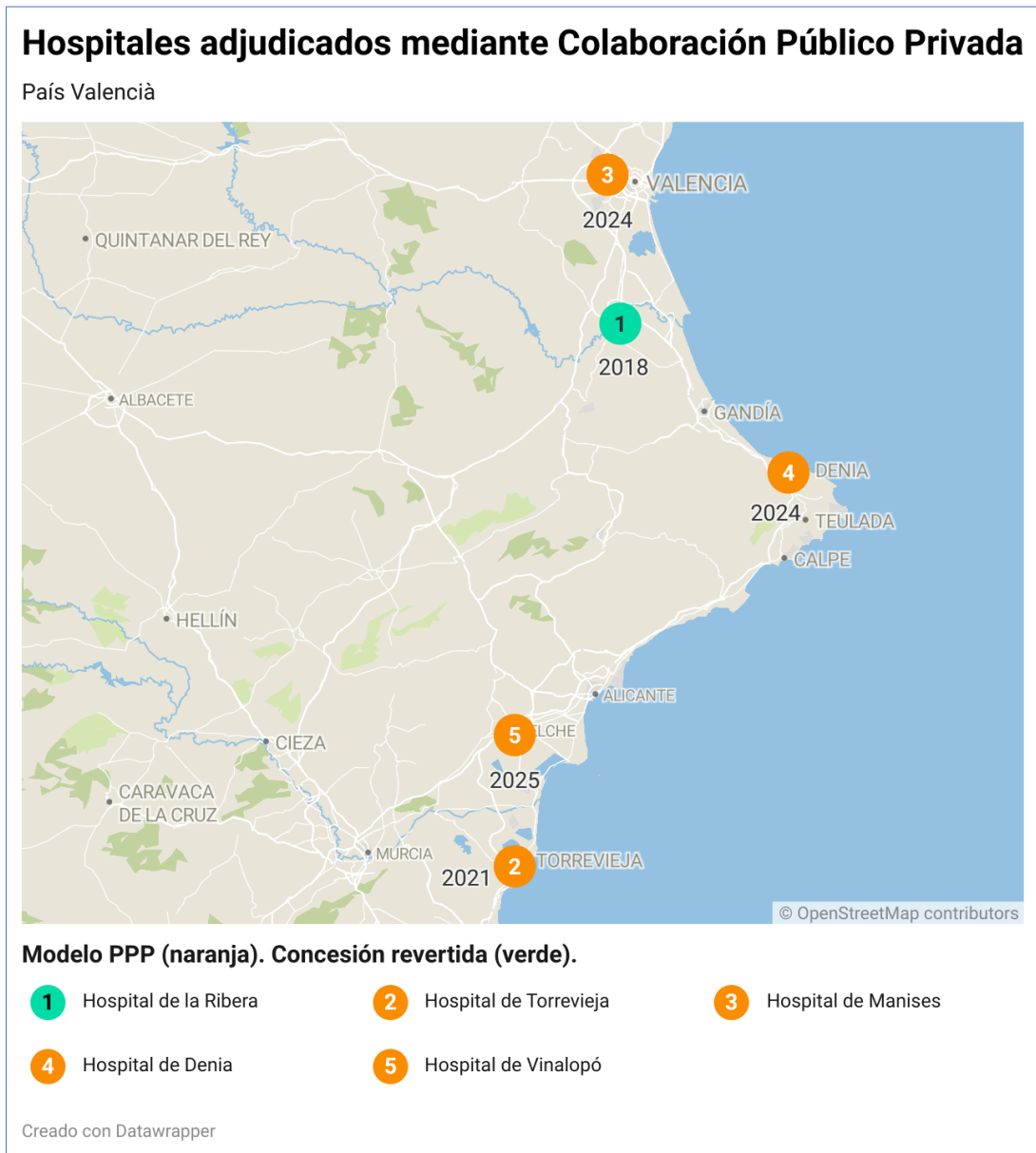
¹⁸: En 2003 Ribera Salud quiebra y la administración valenciana la rescata. Se convoca un nuevo concurso y el 1 de abril de 2003 se firma un nuevo contrato de 15 años prorrogables a 20 con la misma UTE, excepto Caixa Carles que había desaparecido.

Como se puede comprobar, las Comunidades Autónomas con mayor número de hospitales modelo PFI y modelo PPP son la Comunidad de Madrid y el País Valencià, que han sido la vanguardia y el laboratorio en la aplicación de las políticas neoliberales. Para una mayor concreción de este tipo de hospitales, ver los mapas 2 y 3 que se describen a continuación:

Mapa 2



Mapa 3



Como ya se ha indicado al principio de este punto, el proceso de Colaboraciones Público-Privadas en el ámbito de la sanidad pública en el Estado español se inició en el año 1997 con el hospital de La Ribera. Los sobrecostes¹⁹ generados han sido importantes durante el proceso de implantación de estos hospitales en el País Valencià.

¹⁹: Ver: Girón, Manuel, López, Manuela i Patón Fernando (2022). *Anatomia d'un deute il·legítim: el cas del País Valencià*. Edicions del 1979. Barcelona.

Se hace una estimación de un sobrecoste total de 359,67 millones de euros para el período 2002-2012. A este sobrecoste habría que añadir el derivado de las concesión de las resonancias magnéticas. La Sindicatura de Comptes ha evaluado un sobrecoste de 110 millones de euros en el período de 2002 a 2012. En total los sobrecostes identificados suman 469,67 millones de euros.

Tras el cambio del Gobierno en 2015, el Hospital de la Ribera pasó a ser directamente gestionado por la Generalitat Valenciana el 1 de abril de 2018, tras el término del contrato de concesión administrativa.

Con la llegada del gobierno del Partido Popular y Vox en 2023 parecía que se iba a revertir de nuevo a Ribera Salud la gestión del Hospital de la Ribera y la ampliación de las concesiones administrativas al resto de los hospitales modelo PPP existentes en el País Valencià.

Pero la deuda de las empresas que gestionan los hospitales privatizados con la Generalitat Valenciana que asciende a 641 millones de euros, unido al frente común realizado por alcaldes, pacientes y personal y a los informes que concluyen como más eficiente el sistema de gestión público, han decantado que la Consejería de Sanidad haya tomado la decisión de recuperar el control de los hospitales privatizados, salvo el de Elche-Crevillent.²⁰



²⁰: Ir al enlace:

https://www.eldiario.es/comunitat-valenciana/deuda-sanidad-eficiencia-presion-empleados-alcaldes-mazon-recupera-gestion-hospitales-manises-denia_1_10621847.html

8. Algunas propuestas a debatir en relación con las Colaboraciones Público-Privadas

Creemos que la lucha por la salud es la única alternativa viable a la creciente privatización y la segregación de clase presente en ambas esferas como resultado de las políticas sanitarias que se están llevando a cabo y los intereses del capital.

A. Propuestas inmediatas para los colectivos en defensa de la sanidad pública:

- 1) Campañas para tener y/o fortalecer servicios de salud y atención sanitaria con gestión pública y gratuita.
- 2) Campaña para la creación de una industria farmacéutica nacional y el acceso a productos farmacéuticos a través del sistema de salud pública.
- 3) Campaña sobre salarios, por la dignidad del trabajo y vida de los profesionales sanitarios.
- 4) Exigir la paralización inmediata de cualquier liberalización, privatización o comercialización de la sanidad pública.
- 5) Exigir y promover la auditoría ciudadana sobre los contratos de las CPPs y las deudas contraídas a través de éstas.
- 6) Oponerse a las deudas ilegítimas contratadas a través de CPPs.
- 7) Exigir la moratoria inmediata de cualquier otra CPP.

B. Propuestas inmediatas para el gobierno del Estado español:

- 1) Detención inmediata de cualquier otro proyecto de CPP relacionado con los servicios públicos básicos para la ciudadanía.
- 2) En lugar de aumentar la inversión en servicios militares y de defensa, invertir en salud, educación y servicios de atención para que la ciudadanía se beneficie de ello.
- 3) DEROGACIÓN de la LEY 15/1997 sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud que abre la puerta a la privatización de la sanidad pública.
- 4) DEROGACIÓN del ARTÍCULO 135 DE LA CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA, modificado en agosto de 2011, que establece como prioritario el pago del servicio de la deuda por encima de cualquier otro gasto, incluido el gasto social.

- 5) Parar cualquier inversión pública en hospitales privados y otras instituciones sanitarias privadas similares.

C. Propuestas de medio plazo al gobierno del Estado español:

- 1) DESARROLLO LEGISLATIVO que permita LIMITAR el papel de las Colaboraciones Público-Privadas (CPPs) en sectores sociales básicos para la ciudadanía: salud, educación, dependencia, transporte, entre otros.
- 2) MODIFICACIÓN DE LA VIGENTE LEY DE CONTRATOS DEL SECTOR PÚBLICO que restrinja la actuación de las CPPs y establezca sanciones en los ámbitos de la Administración central, autonómica y local que utilicen las CPPs en los bienes públicos esenciales para la ciudadanía.
- 3) Reversión de los servicios privatizados en salud y asistencia sanitaria.
- 4) Participación directa de los ciudadanos en las decisiones relacionadas con la salud y la asistencia sanitaria.
- 5) Medicamentos y asistencia sanitaria totalmente gratuitos y universales.

D. Propuestas para el gobierno de la Comunidad de Madrid:

- 1) DEROGACIÓN DE LA LLAMADA LEY ÓMNIBUS (Ley de Medidas Urgentes para el Impulso de la Actividad Económica y la Modernización de la Administración de la Comunidad de Madrid) que incluye, entre otras cosas, la creación de la Agencia de Contratación Sanitaria que se va a regir por el derecho privado.
- 2) Derogación de los artículos 24 y 25 de la Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid (LOSCAM).
- 3) EXIGIR EL DERECHO A LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN SALUD. ESTIMULACIÓN en la creación de CONSEJOS DE SALUD y OTRAS FORMAS de participación ciudadana con CARÁCTER PARITARIO, TITULAR Y VINCULANTE. IMPULSO de la ACCIÓN COMUNITARIA EN SALUD en el territorio.
- 4) DESARROLLAR NORMAS LEGALES EN EL ÁMBITO DE LA COMUNIDAD DE MADRID Y EN COORDINACIÓN CON EL GOBIERNO CENTRAL, que impidan el uso de las CPPs en la prestación y gestión de los bienes públicos esenciales para la ciudadanía.

E. En el ámbito europeo:

La política económica de la Unión Europea (UE) desde el Tratado de Maastricht ha venido desarrollando un conjunto integral de restricciones que limita las finanzas públicas en comparación con la laxitud con la que regula las finanzas de corporaciones privadas. En este sentido, proponemos:

- 1) REFORMAR EL SISTEMA EUROPEO DE CONTABILIDAD (SEC 2010) para aumentar la capacidad de inversión pública de las Administraciones locales, regionales y nacionales en toda Europa.
- 2) EXIGENCIA DE RENDIMIENTO DE CUENTAS Y SANCIONES PERTINENTES a aquellos GOBIERNOS que amparen e incurran en casos de CORRUPCIÓN.
- 3) INCORPORAR CONTROLES A LA ACCIÓN DE GRUPOS DE PRESIÓN EMPRESARIAL Y DE LA INDUSTRIA EN EL ÁMBITO EUROPEO, limitando la capacidad de redirigir las políticas públicas hacia sus intereses.
- 4) ANÁLISIS Y DEBATE en el ámbito de la Auditoría Ciudadana de la Deuda en Sanidad y en la Coordinadora de Barrios y Pueblos de Madrid en Defensa de la Sanidad Pública en torno al documento del Consejo de la Unión Europea de 21 de diciembre de 2023 sobre la *"Revisión de la gobernanza económica: el Consejo acuerda la reforma de las normas fiscales"*.
- 5) ANULAR LAS DEUDAS QUE EL BANCO CENTRAL EUROPEO POSEE DE LOS PAÍSES DE LA ZONA EURO.
En un futuro próximo, los gobiernos y las autoridades europeas cambiarán el discurso. Después de haber afirmado que los Estados podían aumentar su endeudamiento, dirán que será necesario reducir los gastos, tomar nuevas medidas estructurales. Es decir: la vuelta de la austeridad.

Referencias bibliográficas

- 1) CAS Madrid (2010). *¿Por nuestra salud? La privatización de los servicios sanitarios*. Editorial Traficantes de Sueños. Madrid.
- 2) Castillo, Sergi (2019). *La batalla per la Sanitat Valenciana*. Institutió Alfons el Magnànim. Centre Valencià d'Estudis i d'Investigació. Diputació de València. València.
- 3) Consejo de la Unión Europea (2023). "Revisión de la gobernanza económica: el Consejo acuerda la reforma de las normas fiscales". Bruselas.
- 4) European network on debt and Development (Eurodad) (2018). *Historia repetida. Cómo fracasan las Asociaciones Público-Privadas*. Eurodad. En cooperación con la Fundación Heinrich-Böll.
https://odg.cat/wp-content/uploads/2018/11/history_repetida_castellano_final_0.pdf
- 5) European network on debt and Development (Eurodad) (2019). *Public Private Partnerships and universal healthcare in Latin America – at what cost?* Eurodad.
<https://assets.nationbuilder.com/eurodad/pages/524/attachments/original/1591802662/public-private-partnerships-and-universal-health-care-in-latin-america-at-what-cost-.pdf?1591802662>
- 6) European network on debt and Development (Eurodad) (2020). *¿Por qué las Asociaciones Público Privadas (APP) no son lo que aparentan?*. En colaboración con la European Public Service Union (EPSU).
https://assets.nationbuilder.com/eurodad/pages/1912/attachments/original/1607952623/PPPs_ES.pdf?1607952623
- 7) Girón, Manuel, López, Manuela i Patón, Fernando (2022). *Anatomia d'un deute il·legítim: El cas del País Valencià*. Edicions del 1979. Barcelona.
- 8) Gómez Liébana, J.A. (Coord.) (2017). *Se vende Sanidad Pública. Todo lo que deberías saber sobre la privatización, pero nadie quiere contarte*. Los Libros de la Catarata. Madrid.
- 9) Harvey, David. (2004). *El nuevo imperialismo*. Ediciones Akal. Madrid.
- 10) Observatorio de la Deuda en la Globalización (ODG) (2019). *Las colaboraciones público-privadas (CPPs) como herramientas de privatización*. ODG. Barcelona. Informe publicado en colaboración con la Auditoría Ciudadana de la Deuda en Sanidad (Audita Sanidad).
<https://odg.cat/es/publicacion/cpp-herramienta-privatizacion/>

- 11) Plataforma Auditoría Ciudadana de la Deuda ¡No debemos! ¡No pagamos! (PACD) (2013). *¿Por qué no debemos pagar la deuda? Razones y alternativas*. Icaria Editorial SA. Barcelona.
- 12) Rubio, M. (2014). *Tu salud, nuestro negocio. ¿Quién gana con el proceso de privatización de la Sanidad pública en España? La densa red de intereses económicos y políticos que amenaza el sistema público de Salud*. Ediciones Akal SA. Madrid.
- 13) Sanidad Pública Sí – Burgos (2017). *EL modelo del HUBU²¹: perjudicial para el interés general. Segundo Informe para la recuperación del HUBU*. Coordinadores: Pedro Pablo Oyagüez Ugidos, Juan Antonio Ayllón Domínguez.
<https://www.sanidadpublicasi.es/2016/11/modelo-del-hubu-perjudicial-para-interes-general.html?m=1>
- 14) Tribunal de Cuentas Europeo (2018). *Colaboraciones público-privadas en la UE: Deficiencias generalizadas y beneficios limitados*. Informe especial 09/2018.
- 15) Vitali Stefania, Glattfelder James, Battiston Stefano. "The network of global corporate control." En: <http://arxiv.org/abs/1107.5728v2>



²¹: HUBU: Acrónimo de Hospital Universitario de Burgos.